



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo-Motor

A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL:

MITOS E TABÚS

Maria Floripes Pereira

Trabalho de investigação apresentado na Escola Superior de Educação João de Deus com vista à obtenção do grau de mestre em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor sob a orientação do professor orientador: Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva.

julho de 2013

“Quem és tu?...

Nós os `normais` o que sabemos de ti?

Nós temos razão

O pensamento, os preconceitos,

Os conceitos, a sabedoria...

E tu, quem és?”

Júlio Roberto (1995, cit. por Santos e Morato, 2002)

Resumo

O presente trabalho denominado *A Sexualidade na Deficiência Mental: Mitos e Tabus*, tem como objetivo principal aferir os conhecimentos, os sentimentos e as necessidades de indivíduos portadores de deficiência mental no que concerne à vivência da sua sexualidade.

O tema da sexualidade continua envolto em tabus e preconceitos e, no que diz respeito à população portadora de deficiência mental, este adquire uma dupla dimensão ao aliarmos dois conceitos como: Deficiência Mental e Sexualidade.

Neste âmbito, realizamos uma revisão da literatura disponível sobre a temática da deficiência mental, para perceber melhor as suas características, diagnóstico e processos de aprendizagem.

No que concerne ao tema da sexualidade, o nosso objetivo primordial é o de desmistificar preconceitos e tabus em relação à sexualidade na deficiência mental, assim como perceber as atitudes dos pais e professores que acompanham estas crianças e jovens e o tipo de educação sexual que lhes é facultada pelos pais e escola.

Em relação ao estudo empírico, o instrumento metodológico utilizado foi o inquérito por entrevista, aplicado a três alunos da Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal, na Região Autónoma da Madeira, com o objetivo de aferir os conhecimentos dos alunos com deficiência mental sobre a temática da sexualidade. Neste âmbito, foram também entrevistados os encarregados de educação dos três alunos com DM e duas docentes de Educação Especial que acompanham os referidos alunos.

Palavras-chave: Deficiência Mental (DM); Sexualidade; Educação Sexual formal e informal

Abstract

This work entitled *Sexuality in Intellectual Disabilities: Myths and Taboos*, has as main objective which is to check the knowledge, feelings and needs of individuals with intellectual disabilities as far as their experience of their sexuality is concerned.

The topic of sexuality is still involved in taboos and prejudices and, as far as the population with mental retardation is concerned, it acquires a dual dimension combining two concepts such as: Intellectual Disability and Sexuality.

In this context, we carried out a review of the available literature on the subject of mental disability, in order to understand their characteristics, diagnosis and learning processes.

Regarding the issue of sexuality, our main goal is to demystify prejudices and taboos regarding sexuality in mental retardation, as well as to understand parents and teachers attitudes who work with these children and youth and the kind of sexual education which is provided by parents and school.

In the empirical study, a questionnaire by interview was the methodological instrument used, applied to three students of a school located in Caniçal, in Madeira island, with the goal of checking the knowledge of the selected students, on the theme of sexuality. In this context, the parents of the three students were also interviewed and two Special Education teachers accompanying those students.

Keywords: Intellectual Disability (ID); Sexuality; Formal and Informal Sexual Education.

Agradecimentos

• Reservo este espaço para dedicá-lo a todos aqueles que de alguma forma deram um contributo para que o presente trabalho fosse possível. A todos expresso aqui a minha extrema gratidão.

• Ao Dr. Horácio Saraiva, pela disponibilidade e orientação.

• Aos alunos inquiridos, pelo seu contributo nas respostas à entrevista utilizada na parte empírica deste estudo.

• Aos encarregados de educação e às docentes de Educação Especial pelo seu contributo essencial para a concretização dos objetivos deste estudo.

• Aos colegas de trabalho que, com a sua amizade e companheirismo, me acompanharam nesta trajetória.

• Ao Centro de Apoio Psicopedagógico de Machico pelo apoio e informação disponibilizadas.

• A todos os que de alguma maneira me acompanharam, acarinharam e apoiaram ao longo deste percurso, Muito Obrigada!

A todas as crianças e jovens com Deficiência Mental.

Abreviaturas

DM = Deficiência Mental

NEE = Necessidades Educativas Especiais

PL = Public Law

FAPE = Free Appropriate Public Education

NARC = National Association of Retarded Citizens

APPACDM = Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

SADA = Serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem

EEE = Equipas de Educação Especial

CIF = Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

PEI = Plano Educativo Individual

PIT = Plano Individual de Transição

OMS = Organização Mundial de Saúde

ICIDH = International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

AAMR = American Association of Mental Retardation

CEC = Council for Exceptional Children

QI = Quociente de Inteligência

IM = Idade Mental

IC = Idade Cronológica

CA = Comportamento Adaptativo

ECA-E = Escala de Comportamento Adaptativo – Escolar

AVD = Atividades da Vida Diária

IPPF = International Planned Parenthood Federation

DSTs = Doenças sexualmente transmissíveis

LBSE = Lei de Bases do Sistema Educativo

APF = Associação para o Planeamento da Família

FPS = Formação Pessoal e Social

PPES = Programa de Promoção e Educação para a saúde

GTES = Grupo de Trabalho de Educação Sexual

ESA = Educação para a Sexualidade e Afetos

SREC = Secretaria Regional de Educação e Cultura

RAM = Região Autónoma da Madeira

DRE = Direção Regional de Educação

p. = página

pp. = páginas

| | |
|--|-----------|
| Índice | |
| Introdução | 14 |
| PARTE I | 17 |
| ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 17 |
| CAPÍTULO 1 | 18 |
| A DEFICIÊNCIA MENTAL | 18 |
| 1. Perspetiva histórica da deficiência mental | 19 |
| 1.1. <i>A era da segregação</i> | 20 |
| 1.2. <i>A fase da integração</i> | 25 |
| 1.3. <i>Os tempos contemporâneos: a inclusão</i> | 29 |
| 1.4. <i>A educação dos deficientes mentais em Portugal</i> | 33 |
| 1.4.1. <i>Enquadramento legal da Educação Especial em Portugal</i> | 39 |
| 1.5. <i>Terminologia e conceptualização</i> | 42 |
| 1.5.1. <i>Conceito de deficiência</i> | 42 |
| 1.6. <i>Correntes para a definição de Deficiência Mental</i> | 44 |
| 1.7. <i>Desenvolvimento Conceptual da Deficiência Mental</i> | 45 |
| 1.7.1. <i>O Funcionamento intelectual</i> | 50 |
| 1.7.2. <i>O Comportamento adaptativo</i> | 50 |
| 1.7.2.1. <i>A primeira infância e a infância</i> | 51 |
| 1.7.2.2. <i>A infância e a pré-adolescência</i> | 52 |
| 1.7.2.3. <i>Adolescência e fase adulta</i> | 52 |
| 1.7.3. <i>O Período de desenvolvimento</i> | 53 |
| 1.8. <i>Deficiência Mental versus Doença Mental</i> | 54 |
| 1.9. <i>Incidência e frequência da ocorrência da DM</i> | 55 |
| 1.10. <i>Caraterísticas da deficiência mental</i> | 55 |
| 1.11. <i>Classificação de Deficiência Mental</i> | 57 |

| | |
|--|-----------|
| 1.11.1. Deficiência Limite ou Bordeline | 58 |
| 1.11.2. Deficiência Mental Ligeira | 58 |
| 1.11.3. Deficiência Mental Moderada | 58 |
| 1.11.4. Deficiência Mental Grave | 59 |
| 1.11.5. Deficiência Mental Profunda | 59 |
| 1.12. Informações de caráter médico | 59 |
| 1.12.1. Etiologia | 59 |
| 1.12.2. Fatores Genéticos | 60 |
| 1.12.3. Fatores Extrínsecos | 61 |
| 1.13. Fisiologia | 61 |
| 1.14. Os mitos da Deficiência Mental | 62 |
| CAPÍTULO 2 | 66 |
| A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL | 66 |
| 2. O conceito de sexualidade | 67 |
| 2.1. A Sexualidade do deficiente mental | 68 |
| 2.2. Atitudes dos pais e dos educadores face à sexualidade dos deficientes mentais | 71 |
| 2.2.1. Atitudes dos pais | 71 |
| 2.2.2. Atitudes dos professores e técnicos especializados | 73 |
| 2.3. O que é a Educação Sexual? | 75 |
| 2.3.1. Tipos de Educação Sexual | 77 |
| 2.3.1.1. Educação Sexual Informal | 77 |
| 2.3.1.2. Educação Sexual Formal | 78 |
| 2.4. A Educação Sexual do deficiente mental na escola | 78 |
| 2.5. A Educação Sexual do deficiente mental na família | 81 |
| 2.6. A Educação Sexual em Portugal | 82 |
| 2.7. Projeto de Educação para a Sexualidade e Afetos (ESA) na RAM | 85 |
| PARTE II | 89 |

| | |
|--|-----|
| INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA | 89 |
| CAPITULO 3 | 90 |
| METODOLOGIA DO ESTUDO..... | 90 |
| Introdução | 91 |
| 3. Abordagem metodológica | 92 |
| 3.1. <i>Formulação do Problema e das Hipóteses</i> | 93 |
| 3.1.1. <i>Problema</i> | 93 |
| 3.1.2. <i>Hipóteses</i> | 93 |
| 3.2. <i>Objetivos do Estudo</i> | 94 |
| 3.3. <i>O Contexto do Estudo</i> | 95 |
| 3.4. <i>Técnicas e instrumentos de recolha de informação</i> | 96 |
| 3.5. <i>O inquérito por entrevista</i> | 97 |
| 3.6. <i>Seleção da amostra</i> | 102 |
| 3.7. <i>Caraterização dos sujeitos da investigação</i> | 103 |
| 3.8. <i>Recolha dos dados</i> | 108 |
| CAPÍTULO 4 | 110 |
| RESULTADOS DOS JOVENS PORTADORES DE DM | 110 |
| 4. Apresentação dos resultados | 111 |
| 4.1. <i>Conclusões da análise qualitativa das entrevistas aos jovens portadores de DM</i> | 119 |
| CAPÍTULO 5 | 125 |
| RESULTADOS DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DOS JOVENS PORTADORES DE DM | 125 |
| 5. Apresentação dos resultados | 126 |
| 5.1. <i>Conclusões da análise qualitativa das entrevistas aos encarregados de educação dos jovens portadores de DM</i> | 134 |
| CAPITULO 6 | 137 |
| RESULTADOS DOS DOCENTES DE EDUCAÇÃO ESPECIAL DOS JOVENS PORTADORES DE DM | 137 |

| | |
|---|------------|
| 6. Apresentação dos resultados | 138 |
| 6.1. <i>Conclusões da análise qualitativa das entrevistas às docentes de Educação Especial dos alunos portadores de DM.</i> | 145 |
| CAPÍTULO 7 | 150 |
| DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 150 |
| 7. Discussão dos resultados | 151 |
| 7.1. <i>Limitações do estudo</i> | 155 |
| CAPÍTULO 8 | 157 |
| PROJETO DE EDUCAÇÃO SEXUAL..... | 157 |
| 8. Projeto de Educação Sexual para alunos com DM | 158 |
| 8.1. <i>Finalidades da Educação Sexual aos deficientes mentais</i> | 159 |
| 8.2. <i>Temas/Conteúdos e objetivos.....</i> | 160 |
| 8.3. <i>Metodologia a utilizar</i> | 163 |
| Conclusão | 166 |
| Bibliografia..... | 168 |
| APÊNDICES..... | 174 |

Índice de imagens

| | |
|---|----|
| Imagem 1 – <i>Mapa da ilha da Madeira</i> | 95 |
| Imagem 2 – <i>Mapa da freguesia do Caniçal</i> | 95 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 – <i>Organograma do Projeto ESA</i> | 85 |
| Figura 2 – <i>Modelo de desenvolvimento pessoal adotado no Projeto ESA</i> | 88 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Níveis de Deficiência Mental, segundo Simon e Binet | 47 |
| Tabela 2: Níveis de classificação da DM, segundo a OMS, 1968 | 47 |
| Tabela 3: Quadro de referência ao QI..... | 58 |

Índice de quadros

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Quadro comparativo: amizade..... | 111 |
| Quadro 2: Quadro comparativo: Afetividade e sentimentos em relação aos progenitores..... | 112 |
| Quadro 3: Quadro comparativo: Sentimentos em relação ao namoro..... | 112 |
| Quadro 4: Quadro comparativo: Sentimentos em relação ao casamento..... | 113 |
| Quadro 5: Quadro comparativo: Sentimentos em relação à maternidade/paternidade | 113 |
| Quadro 6: Quadro comparativo: Conhecimentos sobre o funcionamento do corpo | 114 |
| Quadro 7: Quadro comparativo: Conhecimentos sobre reprodução..... | 114 |
| Quadro 8: Quadro comparativo: Atitudes e valores em relação a relacionamentos sexuais..... | 115 |
| Quadro 9: Quadro comparativo: Conhecimentos sobre métodos contraceptivos.... | 115 |
| Quadro 10: Quadro comparativo: Conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis..... | 116 |
| Quadro 11: Quadro comparativo: Percepção sobre autonomia pessoal..... | 116 |
| Quadro 12: Quadro comparativo: Percepção sobre o abuso sexual..... | 117 |
| Quadro 13: Quadro comparativo: Educação Sexual Informal..... | 117 |
| Quadro 14: Quadro comparativo: Educação Sexual Formal..... | 118 |
| Quadro 15: Quadro comparativo: Sentimentos, emoções e afetividade..... | 127 |

| | |
|--|-----|
| Quadro 16: Quadro comparativo: Sentimentos em relação ao namoro e casamento | 127 |
| Quadro 17: Quadro comparativo: Sentimentos em relação à maternidade/paternidade | 128 |
| Quadro 18: Quadro comparativo: Atitude perante a transmissão de conhecimentos sobre sexualidade | 129 |
| Quadro 19: Quadro comparativo: Funcionamento do corpo e reprodução humana | 130 |
| Quadro 20: Quadro comparativo: Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis | 131 |
| Quadro 21: Quadro comparativo: Educação Sexual formal | 131 |
| Quadro 22: Quadro comparativo: Educação Sexual informal | 132 |
| Quadro 23: Quadro comparativo: Percepção sobre o abuso sexual | 133 |
| Quadro 24: Quadro comparativo: Situação profissional | 138 |
| Quadro 25: Quadro comparativo: Transmissão de conhecimentos | 139 |
| Quadro 26: Quadro comparativo: Afetividades e sexualidade | 140 |
| Quadro 27: Quadro comparativo: Casamento e Maternidade/Paternidade | 140 |
| Quadro 28: Quadro comparativo: Funcionamento do corpo e reprodução | 141 |
| Quadro 29: Quadro comparativo: Métodos contraceptivos e DSTs | 142 |
| Quadro 30: Quadro comparativo: Educação Sexual formal | 142 |
| Quadro 31: Quadro comparativo: Educação Sexual informal | 143 |
| Quadro 32: Quadro comparativo: Abuso sexual | 144 |
| Quadro 33: Quadro comparativo: Nível DM | 145 |

Índice de anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo A – Pedido de autorização ao Conselho Executivo | 175 |
| Anexo B – <i>Pedido de autorização aos encarregados de educação</i> | 176 |
| Anexo C – Guião da entrevista aos jovens com DM | 177 |
| Anexo D – Guião da entrevista aos encarregados de educação..... | 179 |
| Anexo E – Guião da entrevista aos docentes de Educação Especial..... | 182 |

Introdução

Este trabalho, intitulado “A Sexualidade na Deficiência Mental: Mitos e Tabus”, foi realizado no âmbito do mestrado em Educação Especial: domínio cognitivo e motor.

As temáticas escolhidas para o desenvolvimento do presente trabalho não surgiram ao acaso, estas eclodiram fruto de uma inquietude, enquanto docente do ensino regular, em compreender melhor a problemática da Deficiência Mental em todas as suas dimensões mas, particularmente na área da Sexualidade.

É pertinente os docentes serem detentores de conhecimentos que lhes permitam compreender, aceitar e descobrir melhores metodologias a utilizar com alunos que possuem características e necessidades tão específicas que os tornam seres únicos, especiais mas, na maior parte das vezes, incompreendidos, segregados e desprezados tanto pelos seus pares como pelos próprios professores que os confundem com os “mal-educados” e incapacitados para desenvolver competências académicas.

Uma mudança de mentalidade e atitudes por parte de todos os profissionais da educação é imperativa, se pretendermos atingir a tão proclamada inclusão educativa, a qual passa, certamente, por um investimento na formação pessoal e ampliação de conhecimentos sobre este público específico e com uma dimensão pessoal e afetiva tão peculiar, desconhecida por muitos, mas apaixonante.

Na realidade, as sociedades evoluíram ao longo dos tempos e, paralelamente, a atitude da humanidade face às pessoas ditas “diferentes” modificou-se, promovendo-se conceitos como a igualdade de direitos, de oportunidades e o acesso à educação, assumindo a escola uma dupla função: garantir a inclusão das crianças portadoras de necessidades educativas especiais e, concomitantemente, prepará-los para a vida pós-escolar promovendo a aquisição de competências pessoais e sociais fundamentais à inserção do jovem na vida familiar e comunitária.

Por outro lado, a dimensão da sexualidade, associada à população portadora de deficiência mental, é uma temática repleta de preconceitos, tabus e envolta em diversos mitos. Todavia, por entendermos que as manifestações sexuais fazem parte do desenvolvimento psicoemocional e psicossocial do ser humano, não pode ser negada, às pessoas portadoras de deficiência mental, a oportunidade de expressar e vivenciar a sua sexualidade, a qual não se resume única e exclusivamente ao ato sexual e aos órgãos

sexuais, tendo um caráter muito mais abrangente e amplo, contemplando diversos aspetos da conduta humana como os sentimentos, afetos, carinho, amizade e a própria expressão da identidade.

Por este motivo, o presente trabalho académico contempla um estudo empírico que pretende aferir os conhecimentos, os sentimentos e as necessidades desta população na área da sua sexualidade, pois **todos** os deficientes mentais têm direito à sua realização afetivo-sexual, à sua privacidade e a manifestar sentimentos, os quais, nesta população em particular, são muito genuínos mas, por vezes, pouco refletidos. Neste contexto, pretendemos desmistificar algumas das crenças erróneas, no âmbito da sexualidade, que permanecem nas representações mentais da maioria das pessoas.

Urge, então, facultar a esta parcela da população uma educação sexual formal, efetiva, sistemática e adequada à sua faixa etária e à gravidade do comprometimento cognitivo que apresentam, objetivando a formação de jovens, e futuros adultos, devidamente informados e capazes de tomar decisões assertivas.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas, estando a primeira constituída por dois capítulos, nos quais foi dado um enfoque especial à fundamentação teórica. A segunda parte é constituída por seis capítulos onde é abordada a investigação empírica, a análise do conteúdo e a discussão dos resultados obtidos. Na última parte apresentamos ainda uma proposta de programa de Educação Sexual para jovens portadores de Deficiência Mental (DM).

No capítulo 1 é efetuada uma análise exaustiva à literatura sobre a Deficiência Mental, fazendo-se, primeiramente, uma incursão histórica, seguida de uma abordagem à evolução de conceitos, diagnóstico, características e classificação da Deficiência Mental, a etiologia e fisiologia da Deficiência Mental, assim como a sintetização de alguns mitos associados à pessoa portadora de deficiência mental, no âmbito das suas manifestações sexuais.

O capítulo 2 aborda a temática da Sexualidade do deficiente mental, analisada sob a perspetiva dos pais e educadores, passando pela educação sexual destes indivíduos em contexto familiar e escolar, destacando-se ainda a legislação promulgada em Portugal até hoje neste âmbito. Abordamos ainda um projeto de Educação Sexual pioneiro em Portugal, implementado na Região Autónoma da Madeira, comumente denominado de ESA (Educação para a Sexualidade e Afetos).

No capítulo 3 abordamos a metodologia do estudo empírico, fazendo menção aos objetivos do presente estudo, descrição do contexto específico do estudo, a seleção e caracterização da amostra e a utilização do inquérito por entrevista.

Nos capítulos 4, 5 e 6 são apresentados e analisados os resultados obtidos nas entrevistas aos jovens portadores de DM, encarregados de educação e docentes de Educação Especial, respetivamente. Em cada capítulo são ainda apresentadas as conclusões da análise qualitativa das entrevistas do estudo.

No capítulo 7 é apresentada a discussão dos resultados alcançados com este estudo e uma reflexão acerca das limitações do mesmo.

Finalmente, no capítulo 8, é apresentado um projeto de Educação Sexual para alunos portadores de DM.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

A DEFICIÊNCIA MENTAL

1. Perspetiva histórica da deficiência mental

A história da Deficiência Mental (DM) entronca naturalmente na história da Educação Especial e das Deficiências, às quais também faremos referência ao longo deste capítulo.

Ao longo dos séculos verificaram-se inúmeras conquistas no concernente ao tratamento e atendimento de pessoas portadoras de deficiência em geral, e aos deficientes mentais em particular.

O contexto social, cultural, político e económico das diferentes épocas são determinantes para melhor compreendermos as fases evolutivas da Educação Especial no que diz respeito à problemática da DM.

“Durante muitos anos a educação comportou-se como cega à diferença” (Rodrigues, 2001:9), sendo que as pessoas deficientes foram, desde sempre, alvo de um tratamento díspar do da restante população. O processo evolutivo das atitudes face às pessoas ditas “diferentes” sofreu ténues modificações no decorrer da existência humana, remetendo-nos aos primórdios dos tempos históricos e a sociedades com práticas quotidianas de exclusão que permaneceram durante séculos. Todavia, a perspetiva social face aos indivíduos portadores de deficiência evoluiu à medida das necessidades do ser humano e à própria estruturação das sociedades.

“Não deixa de ser curiosa a diversidade que as sociedades evidenciam na forma como lidam com a diferença: na verdade, ainda que, na sua grande maioria, sejam renitentes a encarar o diferente, o certo é que as diferenças das suas tolerâncias celebram eloquentemente a diversidade humana.” (Rodrigues, 2001:21)

Avançando na história constatamos que, ao longo do século XX, imensuráveis conquistas legislativas e sociais ocorreram, aproximando, indubitavelmente, esta franja da população da sociedade em geral. Não obstante, há um longo caminho a percorrer no sentido de se salvaguardar direitos fundamentais para que se possa verdadeiramente falar na integração plena das pessoas deficientes.

Jiménez considera três fases distintas no que concerne à história do atendimento educacional dos indivíduos portadores de deficiências, incluindo os deficientes mentais:

“Uma primeira, que poderemos considerar como a pré-história da Educação Especial; uma segunda, aquela em que surge a Educação Especial entendida como o cuidado com a assistência e, por vezes também, com a educação prestada a um certo tipo de pessoas e caracterizada por decorrer em situações e ambientes separados da educação regular; uma última etapa muito recente em que nos encontramos

actualmente, com tendências que nos levam a supor uma nova abordagem do conceito e da prática da Educação Especial.” (1997:21-22)

Ou seja:

- **1ª Fase** – corresponde à fase pré-histórica, abrangendo as sociedades primitivas até a Idade Média;
- **2ª Fase** – designada como a era das instituições; engloba a Idade Média e prolonga-se até ao século XIX;
- **3ª fase** – corresponde aos tempos contemporâneos em que se verifica uma evolução do conceito de deficiência numa sociedade que, a nível ideológico, se declara inclusiva, mais justa e aberta à diferença.

1.1. A era da segregação

Existem poucas referências à fase da pré-história da Educação Especial por serem quase nulas as práticas de asseverar qualquer tipo de educação aos indivíduos portadores de deficiências.

Na Antiguidade Clássica a sociedade encarava os deficientes mentais como seres possuídos por espíritos malévolos e demoníacos.

Na Roma Antiga, os surdos-mudos, deficientes mentais e doentes mentais não eram considerados cidadãos, pois a fala era considerada um pré-requisito crucial para adquirir o Direito de Cidadania (Critchely, 1939; O'Neill, 1980; Weiskrantz, 1988, in Pereira, s/data).

Nos finais do século XVIII as crianças com “anormalidades” físicas ou mentais eram condenadas à morte, pois acreditava-se que as imperfeições observadas estavam intrinsecamente associadas ao imaginário satânico e práticas de bruxaria. Assim, “muitos seres humanos física e mentalmente diferentes – e por isso associados à imagem do diabo e a actos de feitiçaria e bruxaria – foram vítimas de perseguições, julgamentos e execuções” (Correia, 1997:13).

Esta foi uma época caracterizada pela ignorância, abandono e rejeição de crianças com DM. Segundo Rodrigues (2001) “as comunidades humanas acabam, regra geral, por considerar `normal` o que é semelhante, conhecido e previsível, considerando incompreensível e remetendo consequentemente para ghettos o que é diferente, desconhecido e imprevisível” (p.21). Em suma, ao longo de vários séculos os deficientes mentais foram privados dos seus direitos cívicos e humanos.

Na Idade média os indivíduos com DM eram apedrejados até à morte ou queimados nas fogueiras da Inquisição.

A Igreja não aprova a prática de infanticídio, no entanto, submete as crianças a práticas de exorcismo, por acreditar que estas encontram-se possuídas por demónios ou espíritos maléficos.

Curiosamente é a Igreja que desempenha um papel crucial na visão que a sociedade apresentava em relação à conceção de deficiência. A influência caritativa da Igreja e das religiões monoteístas, a par da evolução social, foi fulcral para que se passasse a ter uma atitude orientada para o protecionismo dos deficientes mentais, embora numa perspetiva pouco científica. Na verdade, em muitas civilizações, acreditava-se no pensamento de que se poderia obter graças de Deus se se tratasse bem estas pessoas. Vários Santos intercederam por indivíduos com perturbações de desenvolvimento, dos quais destaco a Santa Dinfna de Gheel, padroeira dos portadores de DM e doenças do foro psíquico.

Nos finais do século XVI e séculos XVII e XVIII, em vários países europeus, as pessoas com DM eram institucionalizadas, sendo acolhidas em asilos, manicómios, prisões e orfanatos onde, na companhia de velhos, criminosos e delinquentes, vegetavam em condições animais, sendo deste modo banidas da sociedade.

Ora foram precisamente as próprias sociedades que, ao longo dos séculos, impuseram atitudes discriminatórias e segregadoras em relação à deficiência e aos deficientes mentais alimentando mitos populares acerca da sua perigosidade, baseando-se no pensamento de que estes representavam uma grave ameaça para a restante população.

As atitudes referenciadas promovem a ignorância, incompreensão, preconceitos e tabus face à DM. Sentimentos de vergonha, medo e rejeição em relação aos deficientes mentais imperaram em diferentes épocas da história da humanidade.

Hoje, em virtude das sociedades se terem tornado mais humanistas, valorizando os direitos humanos, a igualdade de oportunidades, o direito à diferença e a justiça social, tornou possível o emergir de uma nova mentalidade, mais justa, menos preconceituosa e menos discriminatória.

Nos séculos XIX e XX, em alguns países Anglo-Saxões e da Escandinávia, os indivíduos considerados incapazes para trabalhar eram esterilizados, impedindo a sua reprodução (cf. Vieira & Pereira, 2010).

Numa fase da história mais recente, mais concretamente aquando da II Guerra Mundial, o regime nazi decretou a exterminação, não só dos Judeus como também de todas as pessoas portadoras de alguma deficiência ou doença contagiosa ou hereditária, numa seleção consciente, em prol dos conceitos de “purificação” e “perfeição” da raça – a raça ariana.

Os primórdios da Educação Especial situam-se nos finais do século XVIII, inícios do século XIX, era caracterizada pela institucionalização dos deficientes mentais, apesar de, inicialmente, este tipo de apoio ter “um carácter mais assistencial do que educativo” (Jiménez, 1997:22).

As escolas e instituições de acolhimento aos deficientes mentais eram, preferencialmente, localizadas no campo, pois acreditava-se que o ambiente bucólico lhes ofereceria um bem-estar generalizado. Porém, eram mantidas afastadas das suas famílias, incomunicáveis e sem qualquer tipo de liberdade. Todavia, este conceito é discriminatório e segregador, assentando no princípio da separação das pessoas deficientes das ditas “normais”, em prol da proteção de ambas as parcelas da sociedade. Nesta etapa médico-terapêutica

“a política global consiste agora em separar e isolar estas crianças do grupo principal e maioritário da sociedade. Há uma necessidade, óbvia e compreensível, de evidenciar empenho na resolução do problema: começam a surgir instituições, asilos, em que são colocadas muitas crianças rotuladas e segregadas em função da sua deficiência” (Correia, 1997:13).

É ao longo do século XIX que surgem escolas especiais para cegos e surdos e, no final do século, foram criadas instituições especializadas a fim de se proceder ao atendimento educativo a deficientes mentais. As primeiras instituições a surgir destinam-se a pessoas com deficiência de tipo sensorial por “serem encaradas como vítimas de um infortúnio e de uma fatalidade da qual não são responsáveis” (Rodrigues, 2001:23). O mesmo autor, na mesma obra, refere que o atendimento educativo a pessoas com deficiência mental e doença mental é mais tardio uma vez que se encontram “mais próximas da infração própria ou de outrem e ligadas a uma perversão” (p.23).

No âmbito desta nova conceção, inicia-se uma nova perspetiva de encarar a diferença, desabrocha a possibilidade de educação para os deficientes mentais, surgem

novos métodos de tratamento e novos desenvolvimentos científicos e técnicos, destacando-se, neste contexto, várias personalidades de relevo na história da Educação Especial, mencionadas por Jiménez (1997):

- **Philippe Pinel (1745-1826)** – iniciou o estudo sobre o tratamento médico dos deficientes mentais;
- **Esquirol (1722-1840)** – considerado o fundador da clínica psiquiátrica, erigiu a diferença entre idiota e demente, adotando o primeiro termo para designar deficiência mental profunda e o segundo para deficiência mental moderada. Descreveu cinco níveis de DM baseando-se na linguagem falada;
- **Voisin** – direciona os seus estudos para o tipo de educação a implementar às crianças com atraso mental.
- **Jean Marc Itard (1774-1836)** – otorrinolaringologista francês considerado o pioneiro da educação especial, precursor do trabalho com DM. Procedeu à educação do jovem Vitor, o selvagem de Aveyron, notabilizando-se como defensor da educabilidade de todos os seres humanos.
- **Seguin (1812-1880)** – discípulo de Itard, é considerado o primeiro autor de Educação Especial e fundador do método fisiológico usado na educação de crianças “idiotas”. Os primeiros testes de inteligência contaram com a contribuição de alguns dos seus instrumentos educativos.

Com base na ideia da educação para todos os seres humanos, assistiu-se, em vários países da Europa, a um reforço e difusão do princípio de que a educação é um direito inalienável a todos os cidadãos. O conceito de Educação Especial é renovado, sendo que o deficiente passa a usufruir de tratamento educativo especializado, fomentando-se métodos de escolarização especializados. Em termos educativos, assistimos, indubitavelmente, a um progresso, apesar do processo de inserir estes alunos numa classe ou escola especial, não excluir o caráter segregativo do conceito.

“Criam-se assim escolas especiais, organizadas maioritariamente por categorias de deficiência, com a convicção de que agrupando os alunos com a mesma categoria e as mesmas características se poderia aspirar a desenvolver um ensino homogêneo”. (Rodrigues, 2001:16-17)

Nesta ótica, a conceção categorial da deficiência afasta, uma vez mais, os alunos com DM da educação regular, num sistema educativo que continua a revelar-se segregador e diferenciador.

No século XX, Simon e Binet dão o seu contributo científico e técnico ao aplicarem os primeiros testes psicométricos de inteligência estandardizados, colaborando, desta forma, para o abandono de classificações não científicas e subjetivas.

A Psicologia afirma-se como área científica, sendo que os ramos da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia da Aprendizagem e do Comportamento deram um valioso contributo na área da educação de crianças com DM, principalmente no desenvolvimento de novos métodos de ensino com resultados mais rápidos e mais seguros (cf. Vieira & Pereira, 2010).

Na área da Pedagogia, um especial destaque para a médica italiana, Maria Montessori, que adapta os métodos de Itard e Seguin e implementa um método educativo com crianças socialmente privadas, obtendo êxito com o mesmo. Decroly, médico e educador, sobressai na mesma área, dedicando-se ao estudo de crianças deficientes mentais. Defensor de uma nova pedagogia, centrada no aluno, que se baseia no pensamento de que as crianças assimilam aquilo que as rodeiam obtendo uma visão do todo que posteriormente se organizará em partes.

O entusiasmo que se viveu na Europa no início do século XX, paralelamente com todo este desenvolvimento da Psicologia e da Pedagogia, sofreu algum desalento, diria mesmo retrocesso, continuando a prevalecer a conceção médica.

Nas primeiras décadas do século XX, as pessoas com DM foram vistas como uma ameaça pública, consequência da difusão do Eugenismo que se baseava numa teoria que procurava o melhor genoma humano.

Nesta fase, com a obrigatoriedade da escolarização básica, observou-se que um grupo significativo de alunos evidenciava dificuldades de aprendizagem, revelando-se incapazes de acompanhar o ritmo normal da turma. Estas crianças portadoras de DM ligeira vêm engrossar a, até então, reduzida parcela da população com DM, a qual incluía apenas a deficiência grave e profunda. Neste sentido, foram criadas novas instituições, separadas das escolas regulares, com o intuito de dirimir esta lacuna, separando-os de acordo com as diferentes problemáticas identificadas.

Na década de sessenta, o modelo segregativo, que imperou até então, começa a ser fortemente contestado, dando lugar a uma nova ideologia de integração de todas as crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

1.2. A fase da integração

Historicamente falando, a segunda metade do século XX é, de acordo com a UNESCO (Vieira & Pereira, 2010:29), designada como o “estádio dos direitos fundamentais [das pessoas com deficiência]”, o “estádio do direito à igualdade de oportunidades” ou o “estádio do direito à integração”, revelando-se, para tal, de fulcral importância a ação de prestigiados organismos internacionais que deram voz a vários movimentos de luta pela igualdade de direitos e pela construção de sociedades mais justas e abertas à diferença. São estas organizações de renome internacional, designadamente a UNESCO, ONU, UNICEF, OMS, OCDE, Conselho da Europa, entre outros, que no decorrer dos decénios de 70 e 80 publicaram uma série de estudos, resoluções, programas e declarações de direitos, os quais foram subscritos e adotados por vários países no mundo.

É nesta fase que surgem vários modelos ideológicos sobre a educação de crianças e jovens com NEE, dos quais se destaca um movimento considerado um dos mais profícuos em relação à diferença e à deficiência que defende o princípio da normalização.

É a Dinamarca que, em 1959, legisla o conceito de normalização que preconiza a “possibilidade para o deficiente mental de desenvolver um tipo de vida tão normal quanto possível” (Mikkelsen, 1969, in Jiménez, 1997:28).

Na opinião de Nirjke (in Jiménez, 1997)

“Normalização significa viver o ritmo normal do dia. Sair da cama à hora a que o faz a média das pessoas, mesmo quando se é um deficiente mental profundo ou incapacitado físico; vestirmo-nos como a maioria das pessoas (não de maneira diferente), sair para a escola ou para o trabalho (não ficar em casa). Fazer todas as manhãs projectos para o dia. À noite recordar o que se fez durante o dia. Almoçar às horas normais (não mais cedo nem mais tarde por conveniência da instituição), e sentado à mesa como toda a gente (não na cama). Normalizar significa viver o ritmo normal da semana. Viver num lugar, trabalhar ou ir à escola noutro...” (p.28).

Nesta ótica, “normalizar não é tornar normal” segundo Rodrigues (2001:23), mas sim “proporcionar às pessoas com necessidades especiais as condições de desenvolvimento, de interacção, de educação, de emprego e de experiência social em tudo semelhantes às que essas pessoas teriam se não tivessem sofrido uma condição de deficiência” (Nirjke, 1969, in Rodrigues, 2001:23).

Este conceito rapidamente se difundiu por toda a Europa e América do Norte, assistindo-se no meio educativo a práticas mais integradoras que propiciam o acesso ao processo de ensino e aprendizagem num ambiente não restritivo. É no Canadá que

Wolfensberger publica, através do Instituto Nacional para a Deficiência Mental, a primeira obra sobre o princípio da normalização.

Nesta perspectiva, o princípio da normalização servirá de base ao movimento de integração escolar e a desinstitucionalização das pessoas portadoras de DM.

Todavia, já em 1944, o princípio da integração de alunos deficientes em escolas do ensino regular era admitida no Reino Unido, no “Education Act”. Nos Estados Unidos o Congresso aprova uma lei pioneira, Public Law (PL) 94-142 – Education of All Handicapped Children Act, de 1975, que estabelece o direito das crianças e jovens com deficiências a terem acesso à educação:

“In order to receive federal funds, states must develop and implement policies that assure a free appropriate public education (FAPE) to all children with disabilities.”

A este respeito a National Association of Retarded Citizens (NARC, E.U.A.), citada por Jiménez (1997), defende que

“a integração é uma filosofia ou princípio de oferta de serviços educativos, que se põe em prática mediante a provisão de uma variedade de alternativas de ensino e de aulas adequadas ao plano educativo de cada aluno, permitindo a máxima integração educacional, temporal e social entre alunos deficientes e não deficientes durante o período escolar normal” (p.29).

Jiménez, na mesma obra e referenciando Birch (1974),

“define a integração escolar como um processo que pretende unificar a educação regular e a educação especial com o objectivo de oferecer um conjunto de serviços a todas as crianças, com base nas suas necessidades de aprendizagem”. (p.29)

Ora a integração escolar de crianças e jovens com deficiências nas turmas regulares constitui um marco muito importante na conquista de direitos fundamentais e na integração social, embora, na prática, não se saiba muito bem quais as crianças que irão beneficiar desta integração ou que modalidade de integração deve ser implementada (física, funcional, social, na comunidade). Na opinião de Rodrigues (2001) a escola integrativa fica aquém do objetivo proclamado, o de integrar todos os alunos nas turmas regulares, conseguindo apenas “resultados na integração de alunos com alguns tipos de deficiência” (p.18).

Uma das críticas apontadas por vários autores, nomeadamente Correia (2003) e Rodrigues (2001), é que a filosofia integrativa concentrou-se na intervenção direta com o aluno, descurando das modificações profundas que deveriam ocorrer ao nível da organização, estrutura, metodologia, objetivos, etc. da escola tradicional.

Na opinião de Correia (2003) o modelo integrador promove a aplicabilidade de apoios educativos diretos aos alunos com NEE, fora da classe regular mantendo-se, assim, a homogeneidade do ensino, mais orientado para o aluno médio. A integração não pode significar apenas a partilha de espaços comuns ou reduzir-se à simples presença física, deve sim garantir o desenvolvimento holístico de todas as crianças e jovens.

Na ótica de Jiménez (1997) uma educação especial integrada traz benefícios a todos os envolvidos no processo educativo:

- Às crianças com NEE proporciona a interação com crianças ditas “normais”, situação que facilita o desenvolvimento intelectual e promove progressos no processo de aprendizagem.
- Aos alunos normais proporciona uma série de experiências positivas de convivência que favorecem igualmente o seu processo de aprendizagem, além de despertar sentimentos de tolerância e solidariedade.
- Aos professores proporciona uma atualização e melhoria da sua formação, além da troca de experiências e conhecimentos.
- À escola a integração traz um enriquecimento humano para toda a comunidade educativa.
- Aos pais das crianças em geral, como participantes num processo educativo enriquecedor, torna-os mais tolerantes e informados.
- A sociedade beneficia deste processo pois tornar-se-á mais aberta, justa e solidária, proporcionando uma convivência salutar e harmoniosa entre os seus membros.

Foi em Maio de 1978 que o conceito de Necessidades Educativas Especiais – Special Education Needs – foi utilizado pela primeira vez, pelo “Special Educational Needs: Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People”, mais conhecido por Relatório Warnock, sendo que, a sua definição oficial, só aconteceu em Inglaterra, em 1981, com o “Education Act”. O documento foi solicitado pelo Secretário de Educação do Reino Unido a uma comissão especializada, presidida por Mrs. Mary Warnock, com o objetivo de reavaliar o atendimento facultado aos alunos portadores de deficiência no Reino Unido, o qual teve o mérito de revolucionar o sistema de ensino vigente e difundir uma conceção transformada da Educação Especial que envolve a reformulação da própria noção de escola.

A ideia subjacente ao documento supramencionado, de uma reconceptualização das NEE, suscitou a transferência da primazia da tónica médica para uma perspectiva mais educacional e curricular.

O Relatório de Mary Warnock veio inequivocamente alterar a organização da Educação Especial, nomeadamente no que concerne às respostas educativas a implementar aos alunos com NEE:

- meios de acesso ao currículo;
- adaptações nos diferentes elementos do currículo;
- alterações no contexto educativo, clima afetivo ou estrutura social em que ocorre o ato educativo.

É constatado, através deste documento, que cerca de vinte por cento das crianças e jovens apresentam NEE em algum momento da sua vida escolar. Segundo Brennan (1990), citado por Vieira & Pereira (2010), uma criança apresenta Necessidades Educativas Especiais

“quando uma deficiência (física, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação destas) afecta a aprendizagem até ao ponto de serem necessários alguns ou todos os acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno seja educado adequada e eficazmente” (p.41).

Neste âmbito, Warnock abriu caminho às adaptações curriculares, importantes no caso de alunos com DM, e acentuou o papel da escola

“no fornecimento de meios especiais de acesso ao curriculum através de equipamento, instalações ou recursos, modificações do meio físico ou técnicas de ensino especial; acesso a um curriculum especial ou adaptado; atenção especial à estrutura social e ao clima emocional nos quais se processava a educação” (Relatório Warnock, 1978:3.40).

Após esta nova perspectiva concetual,

“a Educação Especial já não se concebe como a educação de um tipo de alunos, mas sim como o conjunto de recursos humanos e materiais postos à disposição do sistema educativo para que este possa responder adequadamente às necessidades que, de forma transitória ou permanente, possam apresentar alguns dos alunos”. (Jiménez, 1997:10-11)

Toda a evolução conceptual e ideológica verificada no âmbito da Educação Especial, que veio beneficiar os alunos com DM, conduziu ao modelo proclamado na atualidade, designado por Inclusão.

1.3. Os tempos contemporâneos: a inclusão

O movimento da Inclusão, na área da educação, emerge nos finais da década de oitenta, atingindo o seu auge nos anos noventa, continuando até aos tempos atuais. O último decénio do século XX foi, de facto, expressivo no que diz respeito às maiores transformações que ocorreram no atendimento e processo educativo dos alunos com NEE, incluindo alunos portadores de DM, e à divulgação, debate e discussão do conceito e ideais da escola Inclusiva.

A realização, em Salamanca, da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, que deu origem à tão propalada Declaração de Salamanca, assinada por representantes de noventa e dois países, incluindo Portugal, impulsionou, sobremaneira, o movimento da escola inclusiva. Foi, então, assinada uma Declaração de Princípios onde é expresso que

“As crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa óptima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo.” (Declaração de Salamanca, 1994:VIII – IX)

Ora, daqui se depreende que um novo conceito de escola desabrocha, o qual preconiza a universalização ao acesso à educação, a equidade educativa e a abolição de escolas segregadas, quebrando-se preconceitos e estereótipos pré-concebidos de muitos séculos. O princípio da assunção da necessidade do atendimento educativo diferenciado, centrado no aluno, salvaguardando os direitos das crianças e jovens com NEE, é um marco importante nesta incursão histórica da Educação Especial, nomeadamente na educação de alunos portadores de DM.

A Declaração de Salamanca contribuiu igualmente para a clarificação do conceito de Necessidades Educativas Especiais:

“a expressão ‘necessidades educativas especiais’ refere-se a todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares. Muitas crianças apresentam dificuldades escolares e, conseqüentemente, têm necessidades educativas especiais, em determinado momento da sua escolaridade”. (UNESCO, 1994:6)

Assim, a Declaração de Salamanca adota a designação de NEE, tendo como princípio orientador o direito à educação por parte de **todas as crianças** na

“escola regular [que] deve ajustar-se a todas as crianças independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras, isto é, crianças com deficiência ou sobredotadas, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações imigradas ou nômadas, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais. (UNESCO, 1994:6)

Na verdade, o direito de todos os indivíduos a uma educação básica, independentemente das diferenças individuais identificadas, está proclamado no artigo 26º, da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948): “Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório. (...)” e veementemente reiterado na Conferência Mundial sobre a Educação para Todos, realizada na cidade de Jomtien, na Tailândia no ano de 1990.

Nielsen (1999), citando Correia (1997) refere que é

“da nossa responsabilidade fazer com que toda a criança com NEE, não obstante a severidade da sua problemática, receba uma educação apropriada, pública e gratuita, de acordo com as suas características e necessidades específicas” (p.5).

São vários os autores, educadores e investigadores que defendem a Inclusão Total. Na opinião de Stainback e Stainback (1996, in Correia, 2003), Educação Inclusiva significa o processo de integração de **todas** as crianças e jovens portadoras de NEE, abrangendo as deficiências de caráter permanente como a DM, em escolas do ensino regular nas quais devem, segundo Correia (1997), citado por Correia (2003), receber todos os serviços educativos adequados às suas capacidades, características e necessidades, incluindo os apoios especializados. Neste âmbito, Correia (2008), citando o editor da revista *Exceptional Parent* (Setembro, 1993), constata que

“quando uma criança com NEES é meramente colocada numa classe regular sem os serviços e apoios de que necessita e/ou quando se espera que o professor do ensino regular responda a todas as necessidades dessa mesma criança, sem o apoio de especialistas, isso não é inclusão. Nem é educação especial ou educação regular apropriada – é educação irresponsável” (p.13).

A atualidade é significativamente marcada pela crescente apologia da educação inclusiva que defende o princípio fundamental da igualdade de oportunidades educativas, sempre que possível, em espaços e tempos comuns, para todas as crianças e jovens, independentemente das suas necessidades, potencialidades, aptidões ou limitações. A escola deve fazer um esforço suplementar para responder à diversidade, adaptando-se e respeitando os diferentes ritmos e estilos de aprendizagem dos seus alunos de modo a

poder oferecer-lhes uma educação eficaz e de qualidade. Na verdade, as diferenças nos seres humanos devem ser encaradas como enriquecedoras e normais.

A integração de alunos com NEE nos estabelecimentos de ensino regular aumentou sobremaneira a heterogeneidade da população estudantil, situação esta encarada por vários especialistas em educação como muito positivo. Rodrigues (2001) salienta que a diversidade no interior das escolas proporciona momentos de aprendizagem mútua, de intercâmbio de experiências e promove o desenvolvimento de atitudes e valores positivos em relação à diversidade e à diferença. A diversidade fortalece o grupo, oferecendo a todos os que o compõem melhores oportunidades de aprendizagem, fomentando atitudes de cooperação (Stainback e Stainback, East e Sapon-Shavin, 1994, in Correia, 2003). Permite ainda o emergir de comunidades escolares mais ricas, promove a aceitação da diferença e prepara para a vida na comunidade evitando, assim, os efeitos negativos da exclusão, inculcando-se conceitos como a igualdade, o respeito e a cooperação.

Em suma, as escolas do ensino regular assumem, perante a sociedade, um papel preponderante no combate a atitudes discriminatórias e à exclusão social, sendo da sua responsabilidade promover sociedades mais acolhedoras, justas, solidárias e, sobretudo, mais abertas à diferença.

O conceito de inclusão pressupõe uma escola democrática, de todos e para todos, exigindo-se o planeamento de um sistema de educação flexível e de uma intervenção adequada, programada e individualizada de modo a potencializar o desenvolvimento da criança e que garanta que ela é, segundo Correia (2003), respeitada e encorajada a aprender até ao limite das suas capacidades.

A consecução do ideal da inclusão tem como base o desenvolvimento de um processo moroso mas sólido, no qual o atendimento às crianças e jovens com NEE, é condição basilar a ter em conta. A origem desta inquietude provém da crescente tomada de consciência de que as escolas não estavam preparadas para dar respostas adequadas a estes alunos, carecendo, pois, de alterar o seu funcionamento e a sua organização. Essas modificações organizacionais ocorrem gradualmente, fruto das pressões exercidas por entidades externas à escola, como menciona Correia:

“Com o decorrer dos anos, e tendo em conta esta realidade, em 1986, os defensores dos direitos dos alunos com NEE, os pais dos alunos com NEE severas e o reconhecimento público de que a escola não estava a desempenhar o seu papel ao não providenciar respostas educativas para todos os alunos forçaram a reestruturação do

sistema educativo, apelando para a criação de condições que permitissem responder às necessidades educativas dos alunos com NEE nas escolas regulares das suas residências” (2003:19).

O ensino inclusivo baseia-se no pressuposto de que a Inclusão não significa, de todo, tornar todas as crianças e jovens iguais, mas sim respeitar as suas diferenças, exigindo-se a transformação da instituição “escola” para que esta possa estar apta a atender às necessidades educativas individuais dos seus alunos, com ou sem necessidades especiais. Urge uma mudança de mentalidade e uma adaptação dos próprios profissionais do ensino que devem recorrer à utilização de diferentes métodos de ensino e estratégias pedagógicas para poderem responder às diferentes capacidades, necessidades e estados de desenvolvimento individual dos discentes. Segundo Nielsen (1999), citando Alper et Al. (1995) “(...) o professor da classe regular terá de alterar as estratégias a que recorre, bem como o ritmo de ensino, os conteúdos do curso e os métodos de avaliação, de forma a dar resposta às necessidades especiais de aprendizagem do aluno”, cabendo aos “professores na área da educação especial (...) orientar os professores das classes regulares, no que diz respeito a estratégias a usar com alunos com necessidades educativas especiais” (p.19).

E assim se ruma em direção à conversão das escolas em verdadeiros instrumentos de inclusão sócio educativa cujos ideais são os de garantir a equidade educativa e o acesso a uma educação de qualidade para todos, dedicando-se um cuidado muito peculiar relativamente às crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais ou Específicas.

“O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem.” (Declaração de Salamanca, 1994:11)

A incrementação de um modelo inclusivo na área da educação deverá basear-se numa perspetiva sistémica que envolve a participação de diferentes entidades, nomeadamente o Estado, a família, os discentes, a escola e a própria comunidade.

São várias as vozes críticas no concernente à inclusão de alunos com NEE nas escolas do ensino regular, particularmente no que diz respeito à inclusão total das crianças e jovens que apresentam problemáticas severas, designadamente com deficiência intelectual, pois esta pressupõe uma flexibilidade e um sistema escolar organizado de modo a responder às mais variadas necessidades dos indivíduos, algo que raramente é conseguido. Note-se que, os investigadores que se manifestam contra a inclusão total como política pública, como política educativa ou de escola, não são, de

todo, a favor da exclusão (Lieberman, 1996, in Correia, 2003). Muitos simplesmente não concordam com o encerramento de todos os serviços especiais por, a estes, associar-se uma certa separação, segregação, eliminando-se, assim, a hipótese de escolha. Audíveis são ainda as vozes dos docentes do ensino regular que, sem formação adequada, se vêm confrontados com situações para as quais não se sentem minimamente preparados no seu quotidiano profissional.

A nível mundial, a inclusão educativa de todas as populações em idade escolar continua a ser uma miragem remota para um número significativo de crianças, particularmente se considerarmos inúmeros países que fazem parte dos Continentes Africano e Asiático, onde as taxas de alfabetização continuam a manter números dramáticos. Em Portugal, apesar da implementação de várias reformas educativas, as taxas de insucesso escolar continuam a ser ainda muito preocupantes.

O nosso país, membro de diversos organismos internacionais como a ONU, UNESCO, UNICEF, OMS, entre outros, também acompanhou a evolução da Educação Especial e gradual implementação dos princípios e filosofias de normalização, inclusão, igualdade de oportunidades, flexibilização e individualização no seu sistema educativo, promulgando, nesse sentido, inúmeras e importantes leis, das quais se destaca o mais recente Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, o qual será alvo de análise mais à frente neste trabalho.

1.4. A educação dos deficientes mentais em Portugal

Em termos históricos, Portugal acompanhou o que se passava nos outros países da Europa, no que concerne ao processo de Educação de crianças com DM, apresentando um percurso similar aos demais.

De forma análoga, os deficientes em geral, e em particular os DM, foram tratados de forma cruel, privados da convivência social, confinados aos espaços limitativos das suas residências, ou simplesmente “despejados” em instituições, designadamente hospitais, manicómios e asilos de cariz assistencial, segregando-os perpetuamente.

Em Portugal, podemos assinalar três momentos distintos no tempo relativamente à evolução do atendimento dos indivíduos considerados “diferentes”.

O primeiro momento, referenciado como o início da Educação Especial em Portugal, remete-nos para a segunda metade do século XIX e prolonga-se até aos anos sessenta do século XX.

O segundo momento remete-nos para a década de 60, fase em que o Ministério dos Assuntos Sociais assumiu um papel de relevo.

O terceiro momento, a partir dos anos 70, caracterizado por uma maior intervenção do Ministério da Educação que fundou as Divisões de Ensinos Básico e Secundário.

Na primeira fase são criados os primeiros estabelecimentos – asilos – para cegos e surdos com um financiamento limitado por parte do Estado. De facto, o primeiro ato significativo registado no nosso país foi em 1822, com a criação de um Instituto de Surdos, Mudos e Cegos, por iniciativa de José António Freitas Rego, sediando-se, numa fase posterior, na Casa Pia. Todos os indivíduos portadores de outras deficiências continuavam a ser segregados, isolados ou eliminados da vida social.

No ano de 1871 é fundada a primeira instituição direcionada para a população com DM, consubstanciada pela criação, em Lisboa, de uma Casa de Detenção e Correção para crianças menores delinquentes consideradas “incuráveis” e “desobedientes”. Em 1911, o médico António Aurélio da Costa Ferreira inicia uma obra de assistência aos “anormais mentais”.

O Instituto de Surdos de Benfica foi fundado em 1890, o qual, para além das crianças com deficiência auditiva, atendia crianças com perturbações da fala severas e débeis mentais, garantindo o atendimento quer em regime de internato, quer em regime de externato.

Desde então, pequenos passos foram dados no âmbito da Educação Especial, embora sempre à margem das escolas regulares, surgindo instituições diversas, de carácter assistencialista, brotando umas réstias de preocupações educativas para com a população deficiente. Deste processo apresentamos como exemplos:

- Asilo de Cegos de Nossa Senhora da Esperança, criado em 1863, em Castelo de Vide;
- Asilo-Escola António Feliciano de Castilho, fundado em 1888, em Lisboa;
- Instituto de Surdos, instituído em 1893, no Porto;
- Colónia Correcional Agrícola de Elvas, criada em 1895.

Paralelamente à proliferação deste tipo de instituições, surge a preocupação específica em relação à formação dos docentes para o atendimento a crianças portadoras de deficiência. Assim, em 1913, sob a iniciativa de Aurélio da Costa Ferreira, Provedor da Casa Pia, organiza-se e inicia-se o primeiro curso de formação de docentes para a educação de indivíduos com deficiência auditiva. O nome de Aurélio da Costa Ferreira, viria, mais tarde, a ser dado a um Instituto destinado à observação e ensino de alunos portadores de DM da Casa Pia. Alguns anos mais tarde o Instituto assumiu outras funções, tais como:

- Selecionar as crianças “anormais”;

- Preparar e orientar os técnicos e pessoal docente;
- Promover estudos de investigação médico-pedagógica.

Este Instituto viria a ser tutelado pelo Ministério da Instrução Pública, em 1922, numa clara tentativa do Estado assumir a iniciativa de educar crianças “anormais”.

No decénio de quarenta, o atendimento às crianças deficientes preconiza não só o tratamento físico, mas também o tratamento mental e a adaptação social das crianças, para se conseguir melhorar o seu estado físico e maximizar as suas potencialidades rumo à fase adulta. Este avanço deve-se essencialmente à influência dos trabalhos de Décroly. Outros médicos e pedagogos, nomeadamente Montessori, Costa Ferreira, Burt, entre outros, contribuíram igualmente, com os seus trabalhos e investigação, para um desenvolvimento significativo da psicologia infantil, da psicopatologia infantil, da psicopedagogia experimental e da pedagogia experimental, abalando definitivamente os modelos médico-pedagógicos. Este processo traduz-se numa mudança gradual da perspetiva puramente médica do atendimento às crianças problemáticas, para uma vertente mais pedagógica.

Neste âmbito, Giné (1987, in Jiménez, 1997) salienta que:

“segundo o modelo médico, na avaliação fez-se finca-pé no défice e na posterior etiquetagem. Uma consequência inevitável, entre outras, é que a etiqueta com que sempre era concluído o diagnóstico - aposta inicialmente para descrever uma disfunção - convertia-se pouco a pouco em explicação e «causa» do comportamento da pessoa com problemas”. (p. 12)

Após a segunda Guerra Mundial são adotadas novas medidas em prol dos deficientes mentais. Com a publicação do Decreto-Lei 35.801, de 3 de Agosto de 1946, é permitido a criação de “classes especiais de crianças anormais”, em localização anexa às escolas de ensino primário, tuteladas pelo Instituto Aurélio da Costa Ferreira. De acordo com Santos (1999), citado por Fontes (s/data) estas classes multiplicaram-se pelo país, tendo o seu início em 1947, em 1953 eram 31 e em 1962 eram já 72.

Nos anos sessenta, é notória uma maior intervenção por parte do Estado no apoio aos deficientes e uma mentalidade renovada por parte da sociedade portuguesa que se mostra mais sensibilizada em relação à pessoa deficiente, devido às consequências visíveis causadas pela Guerra Colonial com o aumento do número de deficientes.

Assim, em 1964 criou-se o Serviço de Educação de Deficientes, sob a orientação do instituto de Assistência a Menores (da Direção-Geral da saúde e Assistência).

Na década de sessenta, instituíram-se 8 escolas especiais para deficientes visuais, 11 escolas para deficientes mentais e 10 para deficientes auditivos.

Em 1962, nasceram as primeiras Associações de Pais, nomeadamente a Associação Portuguesa de Pais e Amigos de Crianças Mongoloides, denominada, mais

tarde, de Associação Portuguesa de Pais e Amigos de Crianças Diminuídas, e em 1965 assumiu a designação de Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM).

É nesta década que se denota alguma preocupação em regulamentar o funcionamento da Educação Especial, facilmente comprovado através do Decreto-Lei n.º 43752, de 24 de Junho de 1961 e a Lei n.º 45/73, de 12 de Fevereiro de 1973, sendo que este último formaliza a criação de Departamentos direccionados para o desenvolvimento da Educação Especial, no âmbito do Ministério da Educação.

O decénio de setenta é um marco importante na história da educação em Portugal, mais particularmente no que diz respeito à Educação Especial, sendo que o Ministério da Educação decide assumir a sua responsabilidade em relação às respostas escolares e educativas dos alunos portadores de deficiência.

Esta mudança ocorreu precisamente a partir da ação da Direção Geral de Assistência (Ministério dos Assuntos Sociais) que desenvolveu esforços para que fossem criadas condições de integração de crianças e jovens com problemas de visão nas escolas do ensino regular das mais importantes cidades do nosso país. A Direção Geral de Assistência, providenciou, no âmbito do atendimento educacional, a abertura de cursos de especialização de docentes na área do ensino de deficientes com problemas auditivos e visuais.

Assim, o Ministério da Educação criou a Divisão do Ensino Especial, legislada através da Lei n.º 45/73, de 12 de Fevereiro de 1973, assumindo, decididamente a tutela do processo educativo dos alunos portadores de deficiência.

É nos anos setenta que o modelo da escola integrativa se desenvolveu em Portugal de forma célere,

“não tendo sido estranhas a este rápido desenvolvimento as condições de inovação e reestruturação que se verificaram a seguir à revolução de 25 de Abril de 1974. A título indicativo, no fim de 1997, 75% de alunos com dificuldades recebiam a sua educação na escola regular, o que significava 38 486 alunos apoiados por cerca de 6200 professores (Costa & Rodrigues, in Rodrigues, 2001:17-18).

Segundo Rodrigues – na mesma obra – a Escola Integrativa é “a escola em que se integram alunos com necessidades educativas especiais” (p. 17) em classes regulares, onde recebem apoio de professores especializados.

No final da década de setenta, a Direção Geral do Ensino Básico e Secundário criou os Serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem (SADA), os quais se expandiram por diversas regiões do país, sendo o seu público-alvo crianças com dificuldades de aprendizagem. Os SADA foram extintos no ano de 1988.

Os anos 80 foram declarados pela ONU como a “década das Nações Unidas para as pessoas deficientes”, através da Resolução n.º 37/52, de 3 de setembro de 1982, e o ano de 1981 foi proclamado como o ano internacional do deficiente, com o lema “total participação e igualdade”.

O decénio de oitenta foi fértil no que diz respeito a acontecimentos que contribuíram sobremaneira para a cimentação da Educação Especial em Portugal:

- Publicação do Decreto Regulamentar n.º 14/81, de 7 de Maio, que regulamenta a atribuição do subsídio da Educação Especial.
- Publicação da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), a qual apresenta uma visão renovada sobre o atendimento educativo dos alunos com NEE, facto suscetível de ser comprovado no artigo 7.º, alínea j), assumindo que o sistema educativo deve “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas, designadamente, a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades”.
- Publicação do Decreto-Lei n.º 3/87, de 3 de Janeiro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Educação e Cultura.
- Despacho Conjunto n.º 36/SEAM/SERE/88, de 17 de Agosto, que determina a oficialização das equipas de educação especial, designadas por EEE, assim como as suas áreas de intervenção, competências, modalidades de atendimento, coordenação, entre outros.
- Publicação do Decreto-Lei 35/90, de 25 de Janeiro, que legisla a escolaridade obrigatória com a duração de nove anos. “Os alunos com necessidades educativas específicas, resultantes de deficiências físicas ou mentais, estão sujeitos ao cumprimento da escolaridade obrigatória, não podendo ser isentos da sua frequência” (artigo 2º, ponto 2).

No campo educacional, e na execução destas medidas, foi possível, em Portugal, promover com naturalidade uma atmosfera de profunda reflexão e debate na área da educação especial. Assim, as crianças e jovens com problemáticas mais ou menos severas passaram a usufruir de atendimento educativo nas escolas do ensino regular e a partilhar espaços, até então, exclusivos dos discentes sem aquelas características, havendo um evidente esforço por integrar a população com NEE.

Neste contexto, e sob a influência do Relatório Warnock, Portugal adota o conceito de *necessidades educativas especiais*, abandonando a tradicional categorização médica. No entanto, a introdução deste novo conceito demora algum tempo, treze anos após a

sua divulgação, até que o sistema educativo português consagre, legalmente, alguns dos seus aspetos mais pertinentes, aquando da publicação do Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto. O diploma marca claramente uma mudança na forma de encarar as respostas escolares às crianças com NEE e atribui uma maior responsabilidade aos pais na educação dos seus educandos e às escolas no que diz respeito à organização e criação de condições para albergar a diversidade da sua população estudantil. A prioridade, consubstanciada no diploma, é procurar garantir o acesso dos alunos com NEE aos programas do ensino regular.

Por fim, sob a influência dos princípios enunciados na Declaração de Salamanca, Portugal reunia as condições necessárias para a emergência da escola inclusiva.

Hegarty (1994), citado por Rodrigues (2001), define educação inclusiva como “o desenvolvimento de uma educação apropriada e de alta qualidade para alunos com necessidades especiais na escola regular” (p.19). Sebba e Ainscow (1996, in Warwick, s/data) vão mais longe afirmando que

“educação inclusiva descreve o processo através do qual a escola tenta responder a todos os alunos enquanto indivíduos, reconhecendo e reestruturando a sua organização curricular e a provisão e utilização de recursos para melhorar a igualdade de oportunidades. Através deste processo, a escola constrói a sua capacidade de aceitar todos os alunos que a desejem frequentar provenientes da comunidade local e, fazendo isto, reduz a necessidade de excluir alunos” (p. 112).

A filosofia inclusiva preconiza garantidamente uma escola de todos e para todos, onde as crianças e jovens, sem exceção, tenham acesso e sucesso educativo e as suas características e necessidades individuais sejam respeitadas.

Neste âmbito, a Declaração de Salamanca realça a necessidade que as escolas têm de se organizarem e ajustarem à heterogeneidade e diversidade da sua população estudantil, fomentar a aceitação da diferença e incentivar o trabalho em equipa. O documento estabelece

“que todos os alunos devem aprender juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades (...). Deixamos, deste modo, a perspectiva centrada nas incapacidades ou dificuldades da criança para incidir no currículo, isto é, o professor fará progredir no currículo a criança utilizando métodos de ensino e estratégias de aprendizagem apropriadas, de modo a garantir o sucesso dos alunos, numa Escola Para Todos”. (Declaração de Salamanca, 1994, ponto 19)

A “Inclusion Internacional”, referenciada por Florian (1998, in Hegarty, s/data), afirma que “a Inclusão refere-se à oportunidade que pessoas com deficiências têm de

participar plenamente nas actividades educacionais, de emprego, de consumo, de recreação, comunitárias e domésticas que são específicas do quotidiano social” (p.81).

Neste contexto, a para que a inclusão se concretize, é fundamental o envolvimento generalizado de todos: o Estado, a Comunidade, a Escola e a Família

1.4.1. Enquadramento legal da Educação Especial em Portugal

É na segunda metade do século XX que se começou a dar importância, de uma forma sistemática, aos direitos fundamentais das pessoas portadoras de deficiência, quer a nível da comunidade internacional como a nível nacional.

Há uma série de valores e evolução de conceitos filosóficos e científicos que contribuíram sobremaneira para a alteração da visão obscura que a sociedade alimentava em relação aos deficientes, sobretudo em relação aos indivíduos portadores de DM. Inúmeros movimentos de luta pela igualdade de direitos, o avanço significativo das Ciências da Educação, o desenvolvimento económico, social e cultural, as grandes lutas sociais, a explosão de movimentos pela paz, solidariedade, democracia, igualdade de oportunidades, o direito à diferença, entre outros, tornaram-se deveras importantes para uma maior consciencialização da humanidade em relação aos indivíduos deficientes.

Prestigiadas organizações internacionais, às quais Portugal pertence (UNESCO, OCDE, OMS, ONU, UNICEF, Conselho da Europa, entre outros), aliaram-se aos movimentos supramencionados, coordenando e produzindo, nas décadas de setenta e oitenta, uma série de instrumentos de consagração ou divulgação desses valores e direitos específicos da população portadora de deficiência.

No concernente à Comunidade Europeia, “concertaram-se actuações e produziram-se directrizes comuns com vista à integração dos cidadãos comunitários com deficiências” (Vieira & Pereira, 2010:29).

De facto, na segunda metade do século XX, a comunidade educativa portuguesa encontra-se imersa em reflexões, considerações e decisões sobre a educação de crianças com deficiência e, nesse sentido, sob a influência da Public Law 94/142, que surgiu em 1975, nos Estados Unidos da América, proclama-se a necessidade de planos individualizados no ensino. Em 1978, pelo Warnock Report, defende-se a difusão da Educação Especial e a necessidade da escola do ensino regular oferecer respostas educativas adequadas às necessidades de todos os alunos.

No que diz respeito a Portugal, a Constituição da República Portuguesa de 1976, dedica um artigo aos direitos dos portugueses com deficiência:

“1. Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.

2. O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores.

3. O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência.”
(Constituição da República, 1976, artigo 71.º)

Além disso, a Constituição da República apresenta como princípios fundamentais: o direito à educação e à cultura; o ensino básico universal, gratuito e obrigatório e a equidade de oportunidades de acesso ao êxito escolar. A partir de então, exigem-se mudanças profundas na área da Educação Especial.

Neste âmbito, através da publicação do Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de Maio, e da Lei n.º 66/79, de 4 de Outubro, foram delineadas as linhas orientadoras da Educação Especial, no que concerne à organização estrutural e objetivos a atingir.

A Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro) e a Lei da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89, de 2 de Maio) enunciam valores e direitos fundamentais dos cidadãos portugueses com deficiência:

“Assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas, designadamente, a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades”. (Lei de Bases do Sistema Educativo, artigo 7.º, alínea j)

“A presente lei visa promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência”. (Lei da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, artigo 1.º)

Documentos como: a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Declaração dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a Declaração dos Direitos da Criança, a Convenção Sobre os Direitos da Criança e a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental foram proclamados pela ONU e subscritos pela maioria dos seus membros, nomeadamente Portugal.

Todos os documentos anteriormente referidos assentam em três princípios fundamentais: o direito à educação, o direito à participação na sociedade e o direito à igualdade de oportunidades.

A Declaração Mundial Sobre Educação para Todos, de 9 de Março de 1990, define, no seu artigo 3, a universalização ao acesso à educação e a promoção da equidade

educativa, determinando que “é preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo” (ponto 5).

No ano seguinte, foi publicado, em Portugal, o Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto, que vem revogar os seguintes diplomas:

- Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de Maio;
- Decreto-Lei n.º 84/78, de 2 de Maio.

O documento contempla “a evolução dos conceitos resultantes do desenvolvimento das experiências de integração” (Preâmbulo), adotando a designação de “alunos com necessidades educativas especiais”, substituindo a tónica médica por critérios pedagógicos, e responsabilizando a escola do ensino regular por encontrar respostas educativas aos alunos com dificuldades de aprendizagem e aos alunos portadores de deficiência. O diploma enaltece a igualdade de oportunidades, abrindo as portas dos estabelecimentos de ensino regular aos alunos com NEE, e reconhece a importância do papel dos pais na orientação educativa dos seus educandos. São ainda previstas, no artigo 2.º, ponto 2, as seguintes medidas educativas:

- a) Equipamentos especiais de compensação;
- b) Adaptações materiais;
- c) Adaptações curriculares;
- d) Condições especiais de matrícula;
- e) Condições especiais de frequência;
- f) Condições especiais de avaliação;
- g) Adequações na organização de classes ou turmas;
- h) Apoio pedagógico acrescido;
- i) Ensino especial.

A legislação atual surge da necessidade sentida por parte dos diversos agentes educativos e classe política em substituir o Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto, considerado, então, obsoleto em algumas matérias, de modo a possibilitar uma nova atualização de conceitos e incrementar a qualidade e dinâmica das práticas educativas no que diz respeito ao atendimento de crianças e jovens com NEE nas escolas de ensino regular.

O Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, determina os objetivos primordiais da Educação Especial:

“1- O presente decreto-Lei define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo, visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.

2- A educação especial tem por objectivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais nas condições acima descritas.” (Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, artigo 1º)

O diploma explicita ainda o modelo de referenciação, avaliação e elegibilidade, por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF), bem como o público-alvo da Educação Especial.

1.5. Terminologia e conceptualização

1.5.1. Conceito de deficiência

Abordar o tema da deficiência não é tarefa fácil por esta ser uma temática muito delicada e complexa. Segundo dados da ONU, calcula-se que existe um total de quinhentos milhões de deficientes em todo o mundo. Estima-se que existem 50 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência em todo o espaço europeu, incluindo as pessoas idosas, sendo que, segundo o Eurostat, 43 milhões se situam na União Europeia. A inclusão da população idosa no universo da deficiência deve-se ao facto de, na fase final da vida, muitos indivíduos revelarem necessidades especiais derivadas do desgaste natural do corpo. Uma pessoa com deficiência apresenta limitações, seja a nível físico, mental ou sensorial.

" o meu clã, grupo, bando, ou como lhe queiram chamar, é o dos DEFICIENTES (também nos podiam chamar "suficientes", mas quiseram baptizar-nos assim, assim seja)... Mas o pior foi quando entrei para a escola primária... Sim, foi aí que me apercebi da minha **diferença** quando um engraçadinho me apelidou de "perna de pau" e "fraldinhas". Conclusão: eu era mesmo diferente... e aquelas crianças confundiam-me com um E.T. que, vindo de Plutão, aterrorizara naquela escola". (A criança diferente/ “deficiente”, 1995, Revista Educação, nº 10, p.60)

No excerto acima apresentado, uma jovem de 14 anos, que apresenta uma deficiência na coluna vertebro-cervical, a Espinha Bífida, relata a sua experiência enquanto aluna numa escola do ensino regular. Lamentavelmente as pessoas portadoras

de deficiência ainda são olhadas, pela sociedade em geral, como indivíduos que possuem incapacidades em detrimento de se fixarem nas suas capacidades. Em suma, os rótulos atribuídos a este público específico, têm consequências imediatas na forma como os mesmos são aceites na comunidade em que se inserem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1980, uma versão experimental da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), na qual o conceito de **deficiência** é definido da seguinte forma: “no domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica” (p.35).

A deficiência causa **incapacidade** no desempenho funcional do indivíduo. Assim, a OMS define “**incapacidade**” como “a redução ou falta de capacidades para uma actividade, de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano” (OMS, 1980:36).

Por sua vez, a incapacidade causa uma **desvantagem** no indivíduo, a qual é suscetível de ser minorada, no que concerne às suas relações com o meio social e físico, utilizando o recurso aos meios adequados. A OMS define **desvantagem** como um

“...impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que lhe limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais”. (OMS, 1980, p.37)

A Lei da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89, de 2 de Maio) define, no seu artigo 2º, ponto um, a pessoa com deficiência como

“aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores socioculturais dominantes”.

No âmbito da educação, o termo deficiência tem vindo a ser gradualmente substituído pelo conceito de “Necessidades Educativas Especiais”. Brennan (1990, in Vieira & Pereira, 2010) define NEE:

“Há uma necessidade educativa especial quando uma deficiência (física, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação desta) afecta a aprendizagem até ao ponto de serem necessários alguns ou todos os acessos especiais ao currículo,

ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno seja educado adequada e eficazmente”. (p.41)

O termo de NEE foi utilizado pela primeira vez por Mrs. Helen Mary Warnock no “Special Education Needs: Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People” (London: Her Majesty’s Stationary Office, 1978), ficando conhecido como o Relatório Warnock. O documento veio alterar definitivamente a organização da Educação Especial, nomeadamente no concernente às respostas educativas para os alunos com NEE e à integração dos mesmos em escolas do ensino regular.

1.6. Correntes para a definição de Deficiência Mental

Segundo Pacheco & Valencia (1997) DM pode ser definida de acordo com três correntes diferentes:

- **Corrente Psicológica ou Psicométrica**

Esta corrente defende que “é deficiente mental todo o indivíduo que apresenta um défice ou diminuição das suas capacidades intelectuais (medida através de testes e expressa em termos de QI)” (p.210). Binet e Simon foram os principais impulsionadores desta corrente.

- **Corrente Sociológica ou Social**

De acordo com esta corrente, defendida por Doll, Kanner e Tredgold, “deficiente mental é aquele que apresenta, em maior ou menor medida, dificuldade para se adaptar ao meio social em que vive e para levar a cabo uma vida autónoma” (p.210).

- **Corrente médica ou biológica**

Para esta corrente “a deficiência mental teria um substrato biológico, anatómico ou fisiológico e manifestar-se-ia durante o desenvolvimento (até aos 18 anos) (p.210).

A OMS e a Associação Americana para a Deficiência Mental (American Association of Mental Retardation – AAMR) juntaram as três definições de deficiência mental defendidas pelas correntes Psicológica ou Psicométrica, Sociológica ou Social e a Médica ou Biológica, apresentando as suas próprias definições:

- OMS – Os deficientes mentais são “indivíduos com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos

comportamentos adaptativos.” (OMS,1968, in Pacheco & Valencia, 1997:210)

- AAMR – “A Deficiência Mental refere-se a um funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, surgido durante o período de desenvolvimento e associado a um déficit no comportamento adaptativo.” (Grossman, 1983, in Pacheco & Valencia, 1997:210)

Apesar de existirem divergências entre autores e organismos científicos no que concerne à definição de Deficiência Mental, as duas definições acima enunciadas são muito semelhantes, demonstrando que também existem alguns pontos de vista em comum. Assim, o diagnóstico da deficiência mental envolve a ocorrência simultânea de um déficit cognitivo (funcionamento cognitivo ou intelectual claramente inferior à média para a idade) e de limitações no comportamento adaptativo. A DM revela-se durante o período de desenvolvimento, até aos 18 anos, interferindo na aprendizagem dos indivíduos. Depreende-se, assim, que a DM representa um estado particular do funcionamento, não um atributo da pessoa.

1.7. Desenvolvimento Conceptual da Deficiência Mental

Foi apenas no século XIX que se iniciaram, efetivamente, os estudos científicos sobre a temática da DM. No entanto, já em 1791, Fodéré escreveu a primeira obra conhecida e importante sobre a temática da DM: *Traité du goitre et du crétinisme*.

Nesta fase, surgem novas perspectivas sobre educação e reabilitação das pessoas com DM, fruto do trabalho continuado de um grupo de médicos e pedagogos, dos quais se destacam nomes como Esquirol, Séguin, Down, Itard, Irelan e Montessori, entre outros. São eles que impulsionam um movimento reivindicativo da dignidade dos indivíduos portadores de DM.

No fim do século XIX, após os estudos realizados sobre a educabilidade das pessoas com DM, o conceito de DM continuava associado à perspectiva essencialmente organicista, de natureza neurológica, passível de ser identificada pelo atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos.

No ano de 1910, Goddard apresentou uma nova classificação de DM, baseada na psicometria, sendo mais tarde adotada pela American Association on Mental Deficiency, assumindo, mais tarde, a designação de American Association on Mental Retardation. Esta classificação sofreu algumas mutações mas manteve-se válida até hoje.

Em 1978, no I Congresso Mundial sobre o Futuro da Educação Especial, patrocinado pelo Council for Exceptional Children (CEC), é aprovada a seguinte definição para a Deficiência Mental:

“a deficiência mental refere-se a um funcionamento cognitivo geral inferior à média, independentemente da etiologia, manifestando-se durante o período de desenvolvimento, o qual é de uma severidade tal que marcadamente limita a capacidade do indivíduo para aprender e, conseqüentemente, para tomar decisões lógicas, fazer escolhas e julgamentos e limita também a sua capacidade de auto-controle e de relação com o envolvimento”. (in Vieira & Pereira, 2010:43)

Neste congresso é também aprovada uma definição de “criança deficiente”, a qual assenta em critérios educativos e socioculturais:

“A criança deficiente é a criança que se desvia da média ou da criança normal em: características mentais, aptidões sensoriais, características neuromusculares e corporais, comportamento emocional e social, aptidões de comunicação e múltiplas deficiências, até ao ponto de justificar e requerer a modificação das práticas educacionais ou a criação de serviços de educação especial no sentido de desenvolver ao máximo as suas capacidades”. (Fonseca, 1989, in Vieira & Pereira, 2010:43)

Os sistemas classificativos das Perturbações do Desenvolvimento apresentadas pela OMS (CIM-10, 1993) e pela American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994) mantêm a proposta apresentada da classificação da DM com base na psicometria.

A noção de inteligência é indissociável do conceito de DM, pois admite-se que a DM é essencialmente um defeito de inteligência. Convém perceber o que se entende por *inteligência* e como é avaliada, pois essas perspetivas vão influenciar sobretudo a definição do conceito de DM.

Segundo Sainz e Mayor *inteligência* é a “capacidade de aprender, capacidade para pensar abstractamente, capacidade de adaptação a novas situações”, assim como o “conjunto de processos como memória, categorização, aprendizagem e solução de problemas, capacidade linguística ou de comunicação, conhecimento social...” (A Deficiência - Deficiência Mental, In <http://deficiencia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1021484657>).

O leque de interpretações sobre o que se deve entender por inteligência é amplo, desde posições multifatoriais a posturas de cariz biológico e psicométrico. Estas posições conduzem-nos a uma perspetiva determinista da inteligência.

Na primeira metade do século XX, o Quociente de Inteligência (QI) foi compreendido como o reflexo de uma inteligência unidimensional e inalterável, não permeável às influências educativas e socioculturais (cf. Gouveia, 2008). “Paralelamente,

a deficiência intelectual foi perspectivada como um déficit intelectual, de que o QI era a expressão numérica, de natureza individual e etiologia orgânica, imutável e incurável (ibidem, p.4).

Passou-se, então, a medir a inteligência utilizando o recurso a testes de nível mental para se caracterizar o indivíduo portador de DM. Foram Simon e Binet que estabeleceram pela primeira vez o conceito de QI, através de provas que estabeleciam uma correlação entre a idade cronológica e a idade mental, sendo da sua responsabilidade a introdução dos termos:

Tabela 1 - Níveis de Deficiência Mental, segundo Simon e Binet.

| Nível de DM | Nível de QI |
|----------------|--------------|
| Débeis Mentais | 50 – 75 |
| Imbecis | 25 – 50 |
| Idiotas | Abaixo de 25 |

Entretanto os termos utilizados por Binet e Simon caíram em desuso devido ao peso da conotação pejorativa que incorporavam.

Assim, em 1968, a OMS adicionou um novo nível para classificar a DM e a DSM-IV-TR introduziu as seguintes modificações:

Tabela 2 - Níveis de classificação da DM, segundo a OMS, 1968.

| Nível de DM | Nível de QI |
|-------------|--------------------------------|
| Profunda | 20 – 25 |
| Grave | 20 – 25 e 35 – 40 |
| Moderada | 35 – 40 e 50 – 55 |
| Leve | 50 – 55 até aproximadamente 70 |

Segundo esta classificação da DM, a variação do QI em cada nível pode oscilar cinco valores a mais ou a menos.

É o QI que determina o grau de Deficiência Mental. Contudo o QI não tem um valor universal, nem absoluto e “não está inscrito na natureza humana”, é essencialmente “a tradução psicométrica de certas exigências escolares e sociais” (Pan, 2003:57). Por este motivo, o QI não pode ser confundido com o conceito de inteligência, que é a capacidade

global de realizar atividades mentais, sendo o primeiro um valor estatístico que pretende expressar o nível intelectual de uma pessoa. As classificações obtidas por referência ao nível do QI, apresentam uma perspectiva psicométrica da deficiência, apresentando diminutas informações sobre a pessoa na sua globalidade e, conseqüentemente, apresentam prognósticos desanimadores. Assim, o QI é utilizado como o único indicativo referencial para se descrever o nível de maturidade e desenvolvimento do indivíduo. O centro do problema assenta no sujeito, nomeadamente no seu desempenho, cimentando o atraso cognitivo como uma característica individual, contribuindo para uma reduzida expectativa educativa.

Stern foi o responsável pela introdução do conceito de QI, cujo resultado se obtém através da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da IM (Idade Mental) pela (IC) Idade Cronológica.

Mais recentemente a OMS e a Associação Americana de Deficiência Mental, apresentaram cinco graus de Deficiência Mental, sobre os quais faremos referência mais à frente, neste capítulo.

Entretanto, a OMS (1980) apresenta uma nova perspectiva conceptual de DM definindo-a como um “desenvolvimento incompleto ou insuficiente das capacidades mentais”. Assim, o indivíduo com DM é alguém que manifesta dificuldades acentuadas em adaptar-se ao mundo que o rodeia devido a uma diminuição substancial nas suas funções intelectuais (raciocínio), visíveis durante o período de desenvolvimento. Podemos afirmar que uma criança com DM revela um atraso global em todos os aspetos ao nível do seu desenvolvimento.

A AAMR existe desde 1876 e encontra-se sediada em Washington. Esta associação tem-se dedicado ao estudo da deficiência mental, definindo conceitos, classificações, modelos teóricos e emitindo orientações de intervenção em várias áreas, conhecimentos estes partilhados através da publicação de manuais. O primeiro manual foi publicado em 1921, sendo que inúmeras revisões ocorreram desde então. Ora, em 1992, a AAMR procedeu a uma revisão e melhor especificação da definição de DM. Para esta associação

“Deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, independência pessoal, vida em casa, comportamento social, utilização dos recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde e segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos

tempos livres, trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes da idade dos dezoito anos”. (Vieira e Pereira, 2010:43).

Esta nova perspectiva pressupõe uma mudança de paradigma pois “baseia-se num enfoque multidimensional, que pretende ampliar a conceitualização do retardamento mental, evitar a excessiva confiança no QI e relacionar as necessidades individuais da pessoa com os níveis de apoio necessários” (Pan, 2003:45). A DM deixa de ser vista como um traço absoluto da pessoa que a tem, mas como um atributo que interage com o meio ambiente humano e físico que a rodeia. A nova visão da AAMR baseia-se, essencialmente, na avaliação do comportamento adaptativo, e posterior definição do tipo e qualidade de oferta de serviços/apoios atribuídos a cada indivíduo para responder de uma maneira global e eficaz às necessidades apresentadas. Este sistema privilegia a intensidade dos apoios requeridos pelos indivíduos com Deficiência Mental, designadamente o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente, em detrimento da ênfase dada a um sistema de classificação baseado no QI da pessoa. O *deficit* no funcionamento intelectual deixa de ser a principal característica do sujeito com DM, passa a ser um dos requisitos necessários no seu diagnóstico.

Segundo critérios das classificações internacionais, a DM deve ocorrer antes dos 18 anos, caracterizando, deste modo, um transtorno do desenvolvimento e não uma alteração cognitiva que caracteriza a Demência. Além disso, deverão ser observados vários sinais para que seja diagnosticada a DM.

Hoje, o diagnóstico de um indivíduo com DM requiere a avaliação de aspetos: cognitivos, de personalidade e adaptativos da pessoa, motivacionais, ambiente e das interações entre o indivíduo e o ambiente circundante, os quais determinam a qualidade e quantidade das suas experiências.

O diagnóstico da DM envolve, então, a observação de três requisitos fundamentais:

- a) O funcionamento intelectual;
- b) O comportamento adaptativo;
- c) A idade do início da deteção no atraso de desenvolvimento.

Atualmente o adjetivo **mental** está a tornar-se obsoleto em educação, dando lugar ao termo **intelectual**. Esta atualização terminológica ocorreu num evento realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e a OMS, em Montreal, no Canadá, em Outubro de 2004, onde foi aprovado o documento *Declaração de Montreal Sobre Deficiência Intelectual*. O termo foi igualmente usado na língua francesa e inglesa.

A este propósito, já em 1995, o termo **Deficiência Intelectual** foi oficialmente utilizado pela primeira vez, aquando da realização, em Nova Iorque, do simpósio denominado: *Intellectual Disability: Programs, Policies, and Planning For The Future* (Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planeamento para o Futuro), organizado pela Organização das Nações Unidas (ONU).

1.7.1. O Funcionamento intelectual

Vários autores (Patton, Payne e Smith, 1986) citados por Vieira e Pereira (2010), afirmam que o funcionamento cognitivo é normalmente determinado através da utilização de um teste padronizado e pressupõe um conceito de inteligência pré-estabelecido, o qual é definido “como a capacidade de um indivíduo para se adaptar, realizar, resolver problemas, interpretar futuros estímulos para modificar comportamentos, acumular conhecimentos ou responder a itens num teste de inteligência” (p.44).

Contudo, também nesta matéria as posições divergem, apesar de Binet e Wechsler se manterem como referências incomparáveis, pelo pioneirismo em termos de criação de instrumentos, ainda atuais e utilizados na avaliação e medição da inteligência humana.

Na opinião de Pan (2003), os testes de inteligência, dentro de alguns limites, são capazes de oferecer “prognósticos aceitáveis do ajuste educativo ou ocupacional”, contudo oferecem diminutas informações sobre a pessoa na sua globalidade (p.57).

A inteligência não passa de um constructo teórico que faculta “uma forma conceptual para explicar as diferenças entre os indivíduos e de as ‘medir’” (Vieira e Pereira, 2010:44). A questão é que o QI é apenas um instrumento estatístico que mede o funcionamento intelectual de um indivíduo no âmbito do seu grupo de referência. E qual deve ser essa linha de referência?

Pertinente é percebermos o que cada indivíduo é capaz de fazer com a sua própria inteligência, não o nível de QI propriamente dito.

1.7.2. O Comportamento adaptativo

O comportamento adaptativo (CA) é um dos componentes essenciais na avaliação do diagnóstico da DM. O CA encontra-se associado ao fator socio emocional individual e à atual inclusão de crianças e jovens portadoras de DM nas escolas do ensino regular, encontrando-se intimamente associado às atividades rotineiras do dia-a-dia, nas quais se incluem as atividades de carácter escolar.

Salvia & Ysseldyke (1991), citados por Santos e Morato (2002), referem que, neste tipo de avaliação “interessamo-nos primeiro por aquilo que o indivíduo regularmente faz e não pelo que é teoricamente capaz de fazer”, assumindo, “a questão da adaptação ao contexto ecológico dos sujeitos”, uma importância fulcral na questão da avaliação do nível de eficiência das realizações comportamentais, tendo em conta os padrões de comportamento esperados para a faixa etária e grupo sociocultural ao qual o sujeito pertence (p.51).

Grossman (1983) estipula uma correlação entre a DM e o comportamento adaptativo:

“(...) Comportamento adaptativo refere-se à qualidade da performance diária em lidar com as exigências do envolvimento. A qualidade da adaptação geral é mediada pelo nível de inteligência, ou seja, dois conceitos que transcendem o seu significado. É evidente, contudo, que da consideração da definição de comportamento adaptativo – com ênfase na capacidade de se lidar [todos os dias com o contexto ecológico] – este se relacione com o que as pessoas fazem para tomar conta delas mesmas e para se relacionar com os outros no seu dia-a-dia, e não tanto com o potencial abstracto inerente à inteligência”. (Santos & Morato, 2002:91)

Assim, a evolução do CA pode apresentar resultados significativamente melhores, se o indivíduo for submetido a um processo de ensino aprendizagem, sendo que a avaliação do CA é feita no contexto natural do indivíduo.

O mesmo autor – na mesma obra – apresenta uma classificação do CA dividido em três grandes áreas:

- 1- Durante a primeira infância e a infância propriamente dita;
- 2- Durante a infância e a pré-adolescência;
- 3- Adolescência e fase adulta

Procederemos, em seguida, à caracterização de cada uma destas áreas, por referência à Escala de Comportamento Adaptativo-Escolar (ECA-E), e de informações recolhidas do autor já referenciado neste capítulo: Grossman.

1.7.2.1. A primeira infância e a infância

Nesta fase devem ser estimulados vários *skills*, tais como:

- Sensoriomotores e de desenvolvimento – Neste item podem incluir o andar, equilíbrio, corrida, saltos e coordenação.
- Comunicação/linguagem – Refere-se à linguagem verbal e de comunicação não-verbal, como o olhar, sorrisos, gestos, expressões

faciais, movimentos, dilatação pupilar, entre outros. Inclui-se ainda a leitura e a escrita.

- Autonomia (self help) – Neste item inclui-se a alimentação, a higiene pessoal, a aparência e a postura corporal.
- Socialização/capacidade de interação social – Estabelecer relações interpessoais.

Os *skills* apresentam-se organizados seguindo a ordem lógica do processo evolutivo de desenvolvimento e maturidade de qualquer criança, sendo que a verificação de atrasos na aquisição dos mesmos poderá significar a existência de potenciais deficiências ao nível do CA.

1.7.2.2. A infância e a pré-adolescência

Nesta etapa dever-se-ão verificar todas as habilidades e conhecimentos que fazem parte do grupo anterior, incluindo ainda:

- Aplicação dos *skills* académicos nas Atividades da Vida Diária (AVD);
- Capacidade de raciocínio;
- Capacidade de tomada de decisões;
- Participação em atividades de grupo;
- Relações interpessoais.

A adaptação, nesta fase da vida, é o resultado de processos de ensino-aprendizagem, que se encontram intimamente ligados ao conjunto de vivências e experiências das crianças e adolescentes. Na área das competências académicas, algumas dificuldades começam a despoletar.

Segundo Santos & Morato (2002) esta categoria aponta conceitos já estruturados e enraizados pelo contexto cultural dos indivíduos, designadamente:

- Submissão versus desobediência;
- Rebeldia versus obediência;
- Passividade versus iniciativa.

1.7.2.3. Adolescência e fase adulta

Nesta fase, para além de todas as habilidades e conhecimentos referenciados nas duas etapas anteriores, adicionamos mais dois itens:

- Responsabilidade;
- Performances socio vocacionais – Aquisição de conhecimentos inerentes a uma atividade profissional, tais como: assiduidade e pontualidade, assertividade e produtividade.

Os dois itens anteriores encontram-se interligados, pois, na idade adulta, atribui-se uma maior importância às performances vocacionais e profissionais que se encontram obrigatoriamente associadas à responsabilidade social.

1.7.3. O Período de desenvolvimento

O período de desenvolvimento é a terceira característica necessária para o diagnóstico da DM e que deve ocorrer entre o nascimento e a idade dos dezoito anos, fase em que o jovem atinge a maioridade legal. Portanto, as outras duas componentes necessárias para o diagnóstico de DM, défice no funcionamento intelectual e défices no CA, devem ocorrer durante o período anteriormente referido.

Durante a primeira infância, há a suspeita de DM ou atraso no desenvolvimento quando se deteta lentidão na execução das seguintes competências:

- Comunicação;
- Socialização;
- Sensoriomotoras;
- Independência pessoal.

Durante a segunda infância e a puberdade há a suspeita de DM se se detetar alguma deficiência na aprendizagem escolar como:

- Raciocínio;
- Perceção social;
- No juízo.

Durante a fase da adolescência e a fase adulta, as pessoas são classificadas como deficientes mentais quando:

- Revelam dificuldades em assumir responsabilidades sociais;
- Manifestam grandes dificuldades na realização de atividades de carácter vocacional.

Curiosamente verifica-se que, algumas crianças e adolescentes a quem foi diagnosticado a DM durante a fase escolar, ajustam-se de forma adequada ao meio onde vivem, apresentando um comportamento normal na comunidade onde se encontram inseridas, funcionando satisfatoriamente.

1.8. Deficiência Mental versus Doença Mental

A medicina na Idade Média nunca distinguiu de forma rigorosa a diferença entre Deficiência Mental e Doença Mental. Não obstante, “a lei não deixou de marcar a diferença entre `loucos naturais` e `lunáticos`, considerando os primeiros como pessoas que sofrem de idiotia permanente e os segundos como aqueles que sofrem de alterações psiquiátricas transitórias” (Pereira, s/data:3).

Porém, mesmo havendo esta distinção a nível legal, a preocupação em asseverar direitos aos deficientes mentais era nula, recusando-lhes, inclusive, o direito à propriedade alegando falta de capacidade para administrar. Segundo Pereira (s/data:3), referenciando Accardo (1996) “a enumeração dessas capacidades (...) quase configura antecipadamente um primeiro conceito de Quociente de Inteligência e de Comportamentos Sociais e Adaptativos”.

Os psiquiatras franceses Dominique Esquirol e Philipe Pinel, no século XIX, estabeleceram pela primeira vez a diferença entre o caráter permanente dos Défices Cognitivos da Deficiência Mental e o caráter transitório da Doença Mental (Pereira, s/data:3). Pinel, médico francês, considerado o pai da psiquiatria, desenvolveu estudos biométricos e tentou descrever e classificar algumas perturbações mentais. Acreditava que os indivíduos que sofriam de perturbações mentais deviam ser considerados doentes e tratados condignamente. Por outro lado, Esquirol, discípulo e seguidor de Pinel, descreveu cinco níveis de Deficiência Mental, com base na utilização da linguagem falada.

Atualmente, o diagnóstico da Deficiência Mental envolve duas componentes essenciais, fatores de desenvolvimento, ou seja, a idade biológica, e fatores socioculturais: funcionalidade intelectual significativamente abaixo da média, suscetível de ser observado na primeira infância, e incapacidade significativa para se adaptar às exigências culturais da sociedade.

Por outro lado, a Doença Mental é um conceito geral que engloba

“várias perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual. Caracteriza-se por reações emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções da compreensão e da comunicação, e por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação. (Cobb & Mittler, 2005:6)

Os deficientes mentais interagem com o mundo de forma diferente da maioria das pessoas, são mais lentas na execução das suas tarefas, precisam de mais tempo para aprender, necessitando, na maioria dos casos, de apoios escolares. A intensidade das dificuldades apresentadas pode ser leve ou mais acentuada. A deficiência mental não é considerada uma doença, mas sim uma incapacidade intelectual, em determinadas áreas de acordo com o comprometimento de cada pessoa (Associação Nova Projeto, 2010)

No caso da Doença Mental o sujeito perde a noção de si mesmo e da realidade à sua volta, envolvendo dificuldades de raciocínio lógico e de concentração. Estes indivíduos apresentam dificuldades de relacionamento e variações de humor.

1.9. Incidência e frequência da ocorrência da DM

É extremamente difícil calcular a incidência e a frequência com que ocorre a DM. Pelica (1994), citado por Santos & Morato (2002), confere esta dificuldade a dois fatores: o desconhecimento da sua etiologia e a quase inexistência de sistemas de definição práticos e rigorosos.

Crnic (1988) corrobora da mesma opinião e, através de um estudo realizado pelo autor, constatou que o número de crianças diagnosticadas com DM é superior em crianças e jovens em idade escolar do que nas mais novas, sendo que, segundo Mumpower (1970), in Crnic (1988), a prevalência no sexo masculino é cinquenta por cento superior ao sexo feminino (in Santos & Morato, 2002).

O despiste da DM é normalmente feito através da escola quando se detetam as limitações intelectuais das crianças por apresentarem dificuldades significativas de aprendizagem.

1.10. Características da deficiência mental

Os deficientes mentais apresentam um comportamento social e pessoal oscilante, tal como qualquer outro ser humano dito “normal”, não sendo possível apontar características iguais para todas as pessoas portadoras de DM. Estas não constituem um grupo homogêneo, pois não existem duas pessoas com a mesma constituição física ou

biológica ou que vivenciem as mesmas experiências, independentemente de serem portadores de uma deficiência ou não.

De igual modo, não se pode associar características iguais para todos os deficientes mentais, pois não existem traços específicos de comportamento e de personalidade associados exclusivamente à DM. Enquanto uns indivíduos com esta problemática são impulsivos e agressivos, outros são passivos, tranquilos e dependentes. Existe uma panóplia de características que diferencia estes indivíduos, sendo que, enquanto uns podem apresentar um atraso no desenvolvimento, outros podem irradiar saúde.

Devido à falta de habilidade para a comunicação, estes indivíduos podem manifestar uma predisposição para comportamentos agressivos e disruptivos que substituem a linguagem comunicativa. A população com DM pode mostrar-se vulnerável à exploração por outros, sendo abusada física e sexualmente, ou vendo os seus direitos e oportunidades negados.

Contudo, provou-se, através de estudos realizados neste âmbito, que existem características que distinguem os deficientes mentais. Maria Angeles Quiroga, citada por Pacheco & Valência (1997, in Bautista, 1997:217) enuncia as características que considera mais significativas nesta parcela da população.

“a) Físicas:

- Falta de equilíbrio.
- Dificuldades de locomoção.
- Dificuldades de coordenação.
- Dificuldades de manipulação.

b) Pessoais:

- Ansiedade.
- Falta de autocontrolo.
- Tendência para evitar situações de fracasso mais do que para procurar o êxito.
- Possível existência de perturbações da personalidade.
- Fraco controlo interior.

c) Sociais:

- Atraso evolutivo em situações de jogo, lazer e actividade sexual.”

Fonseca (1995a), citado por Santos & Morato (2002), complementa estas características fazendo referência aos comportamentos mais suscetíveis de serem observados na pessoa com DM, mencionando:

- Dificuldades de atenção, concentração e memorização;
- Atrasos no desenvolvimento da linguagem;
- Dificuldades generalizadas no processo de ensino-aprendizagem;
- Inadequação do seu repertório social;
- Dificuldades em resistir à frustração relacionado com um baixo nível motivacional.

Estas crianças podem ainda apresentar outras dificuldades, nomeadamente ao nível da autonomia pessoal e social, relações sócio afetivas e comunicação. Neste caso específico, as dificuldades de aprendizagem evidenciadas resultam de uma série de dificuldades generalizadas que afetam áreas como: a memória, a autonomia, a motricidade, a linguagem expressiva e compreensiva, a socialização e a percepção temporal e espacial, que se manifestam em diferentes graus, dependendo de características individuais muito particulares.

A capacidade de aprendizagem e o desenvolvimento global da criança são causados por alterações no sistema nervoso. Todavia, as disfunções do sistema nervoso ou as lesões cerebrais não são os únicos fatores que condicionam o desenvolvimento da inteligência, pois os estímulos do meio são igualmente preponderantes.

Por outro lado, vários estudos, confirmam que as crianças com DM encontram-se mais sujeitas ao isolamento e rejeição por parte dos seus pares devido, essencialmente, a condutas sociais consideradas inadequadas. Assim, o CA destas crianças deve ser objeto de estudo aprofundado para que programas de competências interpessoais sejam desenvolvidos. (cf. Santos & Morato, 2002).

1.11. Classificação de Deficiência Mental

A OMS e a Associação Americana de Deficiência Mental, apresentam cinco graus de Deficiência Mental, com base no QI (cf. Bautista, 1997):

Tabela 3 – Quadro de referência ao QI

| NÍVEIS DE DEFICIÊNCIA MENTAL | QI |
|------------------------------|---------------|
| Limite ou borderline | 68-85 |
| Ligeira | 52-68 |
| Média | 36-51 |
| Severa | 20-35 |
| Profunda | Inferior a 20 |

1.11.1. Deficiência Limite ou Borderline

Grupo introduzido recentemente na classificação da DM, não reunindo ainda consenso entre os autores sobre o facto de poder fazer parte dela ou não. Não se pode afirmar que este grupo é composto por deficientes mentais, pois nele estão incluídas as crianças que manifestam algumas dificuldades específicas ou um atraso no processo de aprendizagem. Assim, uma grande percentagem de sujeitos oriundos de meios socioculturais desfavorecidos pode constar deste grupo.

1.11.2. Deficiência Mental Ligeira

Tal como no grupo anterior, não podemos afirmar que os indivíduos que fazem parte desta categoria sejam deficientes mentais, mas sim pessoas com problemas específicos do foro familiar, cultural ou ambiental. É considerada a categoria pedagógica dos “educáveis”, à qual cerca de 85% da população com DM pertence. São essencialmente pessoas mais lentas na aquisição de competências académicas e na assimilação de informação. Apresentam um pequeno atraso nas áreas motoras e percetivas. Contudo, apresentam capacidade para se integrar no mundo laboral e não apresentam problemas na adaptação ao ambiente social e familiar. As limitações ao nível intelectual são normalmente detetadas à entrada na escola.

1.11.3. Deficiência Mental Moderada

Aproximadamente 10% da população com DM pertence a este grupo. É possível adquirirem hábitos de autonomia pessoal e social, contudo necessitam de alguma supervisão. Manifestam dificuldades na expressão oral e na compreensão de normas sociais, apesar de aprenderem a comunicar utilizando a linguagem verbal. A leitura, escrita e cálculo são áreas da aprendizagem que dificilmente chegam a dominar.

1.11.4. Deficiência Mental Grave

Cerca de 3 a 4% da população com DM pertence a esta categoria. O nível de autonomia pessoal e social é gravemente afetada, necessitando de ajuda ou proteção na sua vida quotidiana. São identificados muitas vezes problemas psicomotores. A linguagem verbal deste grupo de sujeitos é muito deficitária, apesar de poderem aprender algum sistema de comunicação. Pode haver o treino em algumas atividades da vida diária básicas, como a higiene, no seio familiar e escolar.

1.11.5. Deficiência Mental Profunda

Apenas 1 a 2% das pessoas com DM é classificada desta forma. Estes indivíduos apresentam graves problemas sensoriomotores e de comunicação com o meio. Apresentam uma dependência quase total no desempenho das suas atividades e funções, pois os seus défices físicos e intelectuais limitam as suas ações.

1.12. Informações de carácter médico

1.12.1. Etiologia

A etiologia da DM é considerada multifatorial, sendo que o conjunto dos vários fatores causais condiciona a ampla diversidade de manifestações clínicas. As diversas síndromes classificadas como DM são causadas por diferentes agentes que, no entanto, conduzem ao mesmo resultado, o dano cerebral, e a uma característica comum, o *deficit* intelectual. Na verdade, esta franja da população distingue-se da demais pelo seu *deficit* cognitivo, apesar de esta característica não lhes conferir um carácter homogéneo, pois as variações individuais são inúmeras e diversificadas.

Na opinião de Fonseca (1995a, in Santos e Morato, 2002)

“a temática das principais causas para o aparecimento da DM engloba a célebre controvérsia entre `natura-cultura`, onde factores de privação cultural, factores genéticos (ex., trissomia 21), factores de lesão cerebral, infecções e factores ambientais jogam um papel decisivo, influenciador e multidisciplinar do desenvolvimento global dos indivíduos”. (p.29)

Pressupõe-se então, que a DM deve-se sobretudo a fatores genéticos e os fatores ambientais, ou alguma combinação de ambos. É igualmente pertinente entender que a pessoa é o resultado da interação dos fatores biológico e o ambiente onde se encontra inserido, resultando daí um sujeito com as suas especificidades e características únicas.

Por outro lado, McLaren e Bryson (1987, in Santos & Morato, 2002) referem, com base numa revisão de estudos epidemiológicos, que esta distinção etiológica - origem biológica vs. desvantagens psicossociais - já não existe, pois aproximadamente metade das pessoas com DM apresenta mais do que uma causa possível.

Apesar dos inúmeros trabalhos de investigação no campo da DM, a sua etiologia é, na maioria dos casos, ainda desconhecida. Não é possível determinar ao certo a origem desta perturbação, mas podemos categorizá-las da seguinte forma: fatores genéticos e fatores extrínsecos.

1.12.2. Fatores Genéticos

A origem da deficiência é determinada antes da gestação, resultante de anormalidades dos genes ou herança genética. São causas do tipo endógeno. São duas as causas genéticas conhecidas, até ao momento:

- Genopatias – Consiste em alterações genéticas que produzem:
 - Metabolopatias – alterações no metabolismo;
 - Endocrinopatias – alterações endócrinas ou hormonais;
 - Síndromes Polimalformativas, designadamente o Síndrome de Prader-Willi, Cornelia de Lange, Anemia aplásica de Fanconi, entre outras;
 - Outras Genopatias, das quais se destacam: Síndrome de Rett, Distrofia muscular progressiva, Distrofia miotónica, Hidrocefalia, Espinha Bífida, Encefalocelo e outros defeitos do tubo neural.
- Cromossomopatias – São síndromes causadas por anomalias ou alterações nos cromossomas. Podem ser de três tipos:
 - Síndromes Autossómicas específicos, nomeadamente a trissomia 21, Síndrome de Down; trissomia 18, Síndrome de Edward e trissomia 13, Síndrome de Patau.
 - Síndromes Autossómicas não Específicas. Neste grupo também surgem trissomias e alterações cromossómicas, embora menos conhecidas do que as referidas anteriormente.
 - Síndromes Gonossómicas, são alterações associadas aos cromossomas sexuais, tais como as síndromes de Turner e de Klinefelter.

1.12.3. Fatores Extrínsecos

Os fatores extrínsecos obedecem à seguinte classificação obedecendo à ordem temporal pela qual surgem:

- Fatores pré-natais – atuam antes do nascimento, destacando-se as embriopatias, que atuam durante o primeiro trimestre de gestação, e as fetopatias, que atuam a partir do primeiro trimestre de gestação. Podemos destacar, dentro dos fatores que atuam sobre o feto ou o embrião, e que despoletam a DM, os seguintes: as infecções, como a Rubéola, Citomegalia, Herpes, Sífilis congênita, Lúes, Listerioses e Toxoplasmoses; as endocrinometabolopatias, como as Perturbações da tiroide, Diabetes, Défices nutritivos, avitaminoses; intoxicações, por álcool, tabaco, drogas, fármacos, chumbo, mercúrio, etc.; radiações e perturbações psíquicas.
- Fatores perinatais e neonatais – atuam durante o momento do parto ou no recém-nascido, destacando-se a prematuridade, metabolopatias, síndrome de sofrimento cerebral, infecções e incompatibilidade de RH entre o recém-nascido e a sua mãe.
- Fatores pós-natais – atuam após o nascimento, destacando-se as infecções, endocrinometabolopatias, convulsões, anoxia, intoxicações, traumatismos crânio-encefálicos e fatores ambientais.

É possível incluirmos ainda os fatores ambientais, que incluem a privação de cuidados básicos e afeto, assim como a estimulação linguística, social, entre outras.

1.13. Fisiologia

É pertinente elucidar que não existem diferenças significativas na

“constituição da anatomia e da fisiologia do aparelho reprodutor das pessoas portadoras de deficiência mental que alterem significativamente suas possibilidades de manifestar interesses sexuais ou manter relações sexuais”. (Pan, 2003:55)

A sexualidade desta população, exceto em casos neurologicamente mais afetados, não é qualitativamente diferente da população dita “normal”.

Na opinião de Gherpelli, citado por Moraes (2006),

“(…) As estruturas límbicas do sistema nervoso são preservadas no deficiente mental e a sua conformação anatômica e os processos fisiológicos, bem como o

desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários, a produção hormonal masculina e feminina, a menarca (primeira menstruação) ou a semarca (primeira ejaculação), além dos impulsos biológicos, acontecem como em qualquer ser humano”. (p.37)

Concluiu-se, a partir de vários estudos, que a fisiologia dos indivíduos portadores de DM está dentro dos parâmetros normais na maioria dos casos, pois a idade da puberdade não costuma atrasar-se e a menstruação pode ser regular.

Contudo, e excecionalmente, no que diz respeito aos sujeitos cuja DM se deve à Síndrome de Down, é possível reconhecer-lhes algumas diferenças, particularmente face à sua função reprodutiva. Moraes (2006) menciona que está comprovada a infertilidade no sexo masculino e, seguindo este raciocínio, Pan (2003:55) refere que os homens possuem “testículos e pénis com tamanho menor do que o habitual” e que a “quantidade de esperma produzida em cada ejaculação” é reduzida. Os mesmos autores referem que as mulheres apresentam diminuição da fertilidade. Confirmou-se que os seus ovários são menores, havendo casos em que o desenvolvimento dos seios é pequeno, verificando-se a ausência de auréolas.

Não obstante, a sexualidade de uma pessoa com Síndrome de Down e de outra dita “normal” desenvolve-se da mesma maneira e, por esse motivo, deve aprender a controlar os seus sentimentos e impulsos.

Existem diversos estudos que apontam as dificuldades adaptativas como o principal obstáculo que as pessoas com DM se deparam no que concerne à vivência da sua sexualidade. De facto, a maior diferença na vivência da sexualidade entre pessoas com ou sem DM que podemos assinalar, sucede a partir das diferenças adaptativas e cognitivas que estabelecem a capacidade do sujeito compreender, interiorizar e elaborar códigos sociais que permitem o ajustamento emocional e social do seu comportamento sexual.

1.14. Os mitos da Deficiência Mental

Não se traduz tarefa fácil abordar o tema da sexualidade em circunstâncias normais, quanto mais associá-lo às pessoas portadoras de DM. A presença da sexualidade nessa franja da população foi sempre vista mais como um problema do que um atributo humano natural e com uma conotação negativa. Abordar o tema da sexualidade das pessoas com DM pressupõe penetrar num duplo tabu: DM e SEXO, e todas as implicações que podem daí advir. Esta é, indubitavelmente, uma temática que suscita sentimentos como a culpa, temor e confusão.

Muitas das afirmações que se proferiram no início do século XX, no âmbito do movimento eugênico, permanecem atuais, de acordo com Pan (2003), citando Eisenring:

“(...) H. H. Godard, numa publicação em 1912, pregava uma atitude firme: a ovariectomia para a mulher subnormal, a castração para o homem retardado. Tratava-se ao mesmo tempo de proteger os indivíduos de atos delitosos que pudessem cometer os atrasados mentais e, por outro lado, de poupar a sociedade de uma produção excessiva de seres tarados dos quais num curto espaço de tempo teria de encarregar-se. Para lutar contra o perigo que representava a sexualidade do subnormal, não restava outro recurso senão encerrá-lo em internatos desde a puberdade, e por toda a vida, ou ocultá-lo no seio da família”. (p.47)

Estes preconceitos sociais, fortemente enraizados nas sociedades, incluindo as sociedades contemporâneas, têm uma influência poderosa, apesar de carecerem de reflexão e não apresentarem qualquer rigor científico. Os preconceitos estabelecem-se, fruto do desconhecimento e ignorância de uma população, sustentado pela inércia da conformidade. Com o intuito de desmontarmos alguns destes tabus ou preconceitos intimamente ligados à DM e à sua sexualidade, sugerimos uma maior aproximação e convivência com estas pessoas. Certamente algumas ideias preconcebidas e estereotipadas sobre estes sujeitos deixarão de fazer qualquer sentido.

Passamos a assinalar alguns dos mais difundidos preconceitos ou mitos relacionados com a população em causa, particularmente no que diz respeito à sua sexualidade:

- **Todos os portadores de deficiência mental são iguais** – Este mito ou preconceito tem um carácter mais lato, não se referindo especificamente à vida afetiva e sexual. Acredita-se comumente que não existem diferenças significativas entre os indivíduos portadores de DM, apresentando as mesmas limitações e características. O modelo típico de deficiente mental que é usualmente descrito, abarca as seguintes características: autonomia nula, nível intelectual muito baixo, imperfeito e vincadamente marcado por estigmas físicos. O *deficit* cognitivo é a característica por excelência que distingue as pessoas portadoras de deficiência mental da restante população.
- **A DM tem um carácter hereditário** – No início do século XX, em virtude do desconhecimento das leis de transmissão genética, considerava-se que a DM teria uma causa genética, sendo transmitida pelos progenitores. A herança genética da patologia era inevitável, posição subscrita por Pintner, que em 1933, publicou a seguinte afirmação num manual de psicologia: “A causa essencial da deficiência mental é a herança” (Pan, 2003:50). Apesar da evolução científica na

área da medicina, nomeadamente no campo da genética, este preconceito mantém-se inalterável ao nível das representações mentais da sociedade em geral. A suposta herança genética da DM é uma sombra que acompanha e justifica o facto de a sociedade manter os deficientes mentais à margem da sua vida afetiva e sexual. Consequentemente, mantém-se as pessoas portadoras de deficiência mental afastadas de qualquer situação suscetível de proporcionar o contacto sexual e, consequentemente, a possibilidade de uma gravidez.

- **As pessoas portadoras de deficiência mental possuem uma sexualidade exacerbada ou hipersexuada** – Acredita-se que as pessoas portadoras de deficiência mental são dotadas de uma sexualidade descontrolada, exagerada, agressiva ou animalesca, movendo-se primariamente pelo instinto, não sendo capazes de controlar a sua pulsão sexual. Este mito de que os deficientes mentais manifestam um comportamento de carácter hipersexual conduz a atitudes discriminatórias em relação aos mesmos, que levam à sua segregação, isolamento e à ignorância em relação a aspetos essenciais da sua sexualidade.

A perspetiva de vários autores em relação à sexualidade destas pessoas é que esta é despoletada por uma selvajaria libidinal cujo controlo lhes escapam. Estes apresentam uma visão positiva e tolerante em relação à vivência da sexualidade por parte dos deficientes mentais mas, paralelamente, relutantes na possibilidade dessa experiência.

Em 2005, Maia e Aranha desenvolveram um trabalho de pesquisa realizado com quarenta professores de alunos portadores de deficiência que relatam que, mesmo quando o comportamento sexual dos alunos é considerado *normal*, há sempre uma tentativa de os controlar e vigiar para que não ultrapassem os limites considerados aceitáveis. Por outro lado constatou-se que a maioria dos alunos expressa a sua sexualidade por meio de expressões de afetividade, como toques, abraços e beijos, e principalmente o namoro. A dança, sorrisos maliciosos e a masturbação também foram referidos mas em menor escala.

- **As pessoas com Deficiência Mental são assexuadas** – As pessoas com deficiência mental são vistas como seres assexuados, angelicais, puras crianças livres de pulsões sexuais. Neste contexto, a vivência da sua sexualidade, bem como o acesso a uma educação sexual suficiente e adequada é-lhes negado, na medida em que são vistos como eternas crianças, mesmo que o corpo físico indique estarmos perante um adulto. Esta ideia do deficiente mental ser encarado como assexuado vai provocar-lhe dificuldades de relacionamento e a aquisição de

conhecimentos precários sobre a sua sexualidade. Neste âmbito, é imperativo a criação e implementação de programas de educação sexual nas escolas, para que estas crianças e jovens aprendam a lidar com a sua sexualidade de forma responsável e adequada.

- **As pessoas com Deficiência Mental apresentam um desenvolvimento sexual diferente das outras pessoas** – Está comprovado que não existem diferenças qualitativas entre o deficiente mental e a população em geral, no que diz respeito às manifestações da sexualidade. O desenvolvimento sexual acompanha fundamentalmente o desenvolvimento cronológico, não o cognitivo. Todas as alterações físicas que ocorrem na fase da puberdade, ocorrem naturalmente nos jovens portadores de deficiência mental, sendo esta série de mudanças responsável pelo desabrochar da sexualidade. Não existe qualquer evidência de que a deficiência mental implique a existência de um *deficit* sexual.

Segundo Pan (2003), a visão de que o deficiente mental apresenta maiores ou menores impulsos sexuais, carece de fundamentação biológica, pois sabemos que não existe uma sexualidade característica ou diferente à qual possamos associar o portador de deficiência mental.

Em 2004, Glat realizou um trabalho de pesquisa com o objetivo de investigar as representações e informações sobre a sexualidade, concluindo que todos os jovens, deficientes ou não, apresentam os mesmos problemas e as mesmas características sexuais físicas e psicológicas, à exceção de jovens portadores de alguma síndrome (in Pinheiro, 2004). Os maiores problemas que podem surgir não residem na questão da sexualidade, mas na forma como o indivíduo portador de deficiência mental aprende a lidar com a sua sexualidade, bem como a expressá-la e que derivam dos *deficits* cognitivos, percetivos e discriminatórios que dificultam sobretudo a ação do indivíduo no meio social (ibidem).

CAPÍTULO 2

A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

2. O conceito de sexualidade

“(…) A sexualidade, quando inserida nas circunstâncias de vida de uma pessoa, participa do seu processo de desenvolvimento e, é um instrumento que propicia experiências indispensáveis ao crescimento pessoal, à autonomia e ao desenvolvimento da individualidade. Percebemos que há um vínculo estabelecido entre a sexualidade e a cidadania, acreditando que, pela vivência saudável da sexualidade, cada um aprende a relacionar-se melhor consigo mesmo e com o outro, percorrendo um caminho mais seguro na construção da sua identidade e, em consequência da sua cidadania”. (Moraes, 2006:20)

Gradualmente a sociedade apercebe-se e aceita que a sexualidade é mais do que o simples ato sexual, ela engloba a amizade e o afeto, a palavra e o gesto, o prazer e a descoberta, a satisfação e o sofrimento, é, no fundo, a expressão da nossa existência. A sexualidade deve ser entendida, segundo Ballone (s/data, in Psiquweb), como:

- “Expressão da afetividade;
- Capacidade de estar em contacto consigo e com o outro;
- Construção da autoestima e do bem-estar”.

A sexualidade manifesta-se sobretudo nos nossos comportamentos, sentimentos e atitudes, não apenas nos nossos conhecimentos. É, fundamentalmente, uma experiência pessoal, essencial na construção da identidade do sujeito.

Hoje, fruto do trabalho significativo de prestigiados organismos internacionais nas áreas da educação, saúde, infância, juventude e cultura, designadamente a OMS, UNICEF e UNESCO, reconhece-se a importância e a necessidade de uma Educação Sexual Escolar.

Assim, a OMS define a sexualidade como:

“(…) uma energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade, ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. (in Frade, 1999:16)

Nesta ótica, subentende-se que a sexualidade deve ser compreendida numa abordagem mais ampla, ou seja, como um atributo de qualquer ser humano, sendo parte integrante das relações estabelecidas com os outros e consigo próprio. A sexualidade como elemento relacional importante, assenta nos aspetos biopsicossociais de cada sujeito, nomeadamente no seu processo de socialização, no seu potencial biológico e na capacidade psicoemocional. Todavia, a articulação e dinâmica na vivência destes aspetos não ocorre de maneira tranquila, pois como seres sociais, regemo-nos por normas dentro dos nossos grupos de relações que nem sempre coincidem e exigem a

nossa adaptação. De igual modo, as nossas necessidades sexuais básicas são reguladas pelos nossos mecanismos fisiológicos.

2.1. A Sexualidade do deficiente mental

A sexualidade das pessoas portadoras de DM combina dois aspetos da vida do ser humano que mais carga emocional acarretam: SEXO e DM.

“Todas as pessoas têm o direito de estar livres do medo, vergonha, culpa, falsas crenças ou mitos ou outros factores que inibam ou prejudiquem o seu relacionamento sexual ou resposta sexual”. (IPPF, 2008, Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, artigo 2)

A sexualidade é uma dimensão natural e sublime, uma parte fundamental e essencial da natureza humana. Esta é uma energia viva do ser humano que lhe permite exprimir afetos, descobrir-se a si próprio e descobrir os outros.

O Homem é um ser sexuado, característica esta inerente e intrínseca a toda a humanidade (cf. Marques & Forreta, 2009). A International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2008) reconhece que o conceito de sexualidade representa um aspeto central na vida de todo e qualquer indivíduo. Não obstante, nem todos os seres humanos terão a oportunidade de experimentar todas as dimensões da sexualidade. O conceito engloba, então:

- A atividade sexual;
- A orientação sexual;
- A identidade de género;
- Prazer;
- Erotismo;
- Intimidade;
- Reprodução.

A mesma organização afirma que existem diversas formas de expressar e experimentar a sexualidade, nomeadamente através de fantasias, pensamentos, desejos, comportamentos, atitudes, valores, crenças, práticas e relacionamentos.

Seguindo a perspetiva da IPPF, a visão que a OMS (2009) tem sobre a sexualidade é semelhante, definindo-a como uma força que fomenta a procura da ternura, do amor, do contacto e da intimidade, sendo capaz de influenciar sentimentos, pensamentos, ações e interações, havendo uma correlação com a saúde física e mental.

A OMS (2009) vai mais longe reconhecendo a todos os indivíduos portadores de deficiência as mesmas necessidades reprodutivas e de saúde sexual, conquanto as barreiras face ao acesso a informação de qualidade são dificultadas ou negadas. Contudo, a pior e mais difícil barreira de transpor é mesmo a imposta pela sociedade em

virtude de ainda se verificarem atitudes discriminatórias, de ignorância e intolerância face à sexualidade destas pessoas.

Neste sentido, Gomes (1995) constata que a sociedade encara a sexualidade dos indivíduos portadores de deficiência como “reduzida e enviesada”, não aceitando, na prática, os seus “direitos humanos universais baseados na liberdade, dignidade e igualdade inerentes a todos os seres humanos” (IPPF, 2008).

É, de facto imperativo a sociedade envidar esforços no sentido de fornecer a esta franja da população uma educação sexual adequada, não transferindo esta tarefa para os meios de comunicação social que são, obviamente, agentes educativos dessa dimensão (cf. Marques & Forreta, 2009). No entanto, este não pode ser o único meio veiculador desta informação, correndo-se o risco da mensagem ser mal interpretada, devido aos défices cognitivos que os deficientes mentais apresentam, nomeadamente ao nível da percepção. O DM depara-se com uma confusa dicotomia: se por um lado a sociedade exhibe e estimula determinados comportamentos sexuais, por outro lado reprime-os e não os considera aceitáveis na sua convivência social.

Foram realizados diversos estudos e trabalhos por vários especialistas na área da DM, sobre o comportamento sexual das pessoas portadoras de DM com um duplo objetivo: comprovar se estes indivíduos “manifestam sentimentos, desejos afetivos e sexuais”, assim como verificar se os “seus comportamentos e conhecimentos sexuais estão afastados do socialmente considerado normal” (Pan, 2003:91). Os resultados revelaram que as pessoas com DM manifestaram comportamentos sexuais dentro das normas consideradas *normais* pela sociedade. O único problema que se coloca é a falta de oportunidades que estas pessoas têm para estabelecer relações interpessoais, nomeadamente “para sair com amigos, estabelecer relações e apaixonar-se” (ibidem, p. 93).

Os comportamentos desajustados e inadequados devem-se, na maioria das vezes, a fatores ambientais. Senão, vejamos, qualquer pessoa que viva em regime de internato, em convivência exclusiva com pessoas do mesmo sexo, promove o aparecimento de comportamentos homossexuais.

Quanto à masturbação, se a pessoa com DM não for orientada sobre “as condições idóneas nas quais esse ato deve ser realizado” (Pan, 2003:94), não as saberá destriçar. A masturbação é, por vezes, a única forma do deficiente mental “aliviar” as suas tensões sexuais. A exploração do corpo, na DM ligeira, pode evoluir para a masturbação e/ou para a relação sexual propriamente dita.

Na opinião de Ribeiro (s/data), citado por Ballone no *síte* da Psiqweb, “a pessoa com deficiência mental leve ou moderada pode compreender e adquirir parâmetros para

discernir o que é adequado ou não, o que é privado ou público, se tem permissão de tocar em suas partes íntimas e ainda entender as consequências do ato sexual”.

Os comportamentos sexuais dos deficientes mentais são, na maioria das vezes, considerados exacerbados, perversos, exagerados e desviantes, indicando, na verdade, uma desesperada exortação de atingir a independência, de conquistar uma maior autonomia, de afirmar a sua condição feminina ou masculina, de escapar à solidão e de realização pessoal em todos os aspetos.

Um dos aspetos mais delicados em relação aos deficientes mentais é o fato desta ser uma parcela da população que se encontra mais desprotegida e mais propensa a abusos de ordem sexual. De facto, e segundo a OMS (2009), esta população é facilmente persuadida para abusos sexuais e desprotegida no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente pela sua incapacidade intelectual de perceber possíveis comportamentos abusadores.

Nesta ótica, a mesma organização refere que normalmente estas pessoas dependem diretamente dos abusadores, quer economicamente, quer fisicamente e, segundo estudos realizados nos Estados Unidos, os abusadores são, por norma, os pais, irmãos, padrastos e professores, ou seja, pessoas em quem a criança ou jovem deposita plena confiança. O certo é que os agredidos normalmente não revelam, nem denunciam estas situações por incapacidade de discernimento e por sentirem “o abuso como uma manifestação do interesse especial de alguém por si” (Félix, 1995:47).

Por outro lado, temos o inverso da questão, ou seja, quando é o próprio deficiente mental a assediar sexualmente alguém. Este tipo de assédio sexual caracteriza-se essencialmente por perguntas e propostas diretas, indiscretas e socialmente desinibidas, atitudes e comportamentos inconvenientes que, normalmente, são repetidos insistentemente. Todavia, estas atitudes podem significar uma demonstração afetiva, curiosidade ou ingenuidade, mais do que uma manifestação sexual propriamente dita.

Tendo em conta todos os aspetos mencionados, percebemos que existe uma grave lacuna na educação sexual das pessoas com DM, a qual deve contemplar os mais diversificados âmbitos da vida destes indivíduos, que deve ser colmatada por todos os intervenientes, em contexto escolar ou não.

Ao aceitarmos a verdadeira dimensão da sexualidade, enquanto princípio e prática da cidadania, apercebemo-nos que a responsabilidade de facultar uma educação sexual ultrapassa a esfera da família e dos técnicos que acompanham a criança ou jovem, passa, de igual modo, por uma mudança de mentalidade e a consciencialização de toda a sociedade de que os deficientes mentais têm o direito de viver a sua sexualidade,

assim como de gozar de uma educação sexual que os oriente nas tomadas de decisão para que desenvolvam uma vida afetiva e sexual salutar.

Educar para a sexualidade não se restringe apenas à veiculação de informação, deve também contemplar diversas áreas de intervenção como: o eu, o outro e as relações estabelecidas.

2.2. Atitudes dos pais e dos educadores face à sexualidade dos deficientes mentais

2.2.1. Atitudes dos pais

A família de uma criança ou jovem portador de DM tem um papel preponderante face à sua educação em geral, e à educação sexual em particular, pela sua proximidade, pela inerência natural e pelo seu papel socialmente expectável. Todavia, as dificuldades neste âmbito são mais do que evidentes, pois, para os pais, aprender a lidar com a sexualidade de um filho *normal* é difícil, envolto em tabus e preconceitos, mas lidar com a sexualidade de um filho com DM é muito mais complicado e constrangedor.

Como qualquer criança, o primeiro contacto afetivo e íntimo que um DM estabelece neste estágio da vida é com a família mais próxima, nomeadamente com os seus progenitores, que lhe transmitem segurança, confiança e proteção que servirá de base para, mais tarde, estabelecer relacionamentos sociais, como a amizade, o namoro, o casamento (em alguns casos) e as relações sexuais.

A evolução saudável da sexualidade do DM depende de vários fatores, tais como: as respostas facultadas pelos pais/adultos às suas dúvidas e curiosidades sexuais, a reação dos pais face aos seus comportamentos sexuais e, finalmente, os modelos de identificação e imitação referenciais com os quais mantém contato.

A maioria dos pais prefere encarar o filho como um ser assexuado, ignorando deliberadamente a sua sexualidade, umas vezes por medo, vergonha e constrangimento de se exporem, outras vezes por manifestarem receio em expor o próprio filho a situações perigosas, tanto ao nível físico como ao nível emocional. Neste sentido, a sociedade em geral, na qual se incluem os pais, revela muita tolerância face ao conceito de *normalização*, aceitam e respeitam os direitos fundamentais das pessoas portadoras de DM mas manifestam muita relutância em aceitar as exigências do próprio filho na componente afetivo-sexual. De facto, são os próprios pais a não cumprir com estes princípios capitais, manifestando atitudes demasiado protetoras, pois receiam a ocorrência de abusos sexuais e/ou de uma gravidez indesejada.

A superproteção, sentimento muito comum em famílias com filhos portadores de DM, advém da consciente possibilidade do filho permanecer eternamente dependente. Estas crianças são vistas, segundo estereótipos tipificados por Wolfensberger (s/data, in Ballone, s/data, site da Psiqweb), como “eternas crianças”, “presentes de Deus” ou “santos inocentes”, sendo que os pais acreditam que o jovem não manifesta qualquer interesse sexual, preterindo essa dimensão do ser humano, não facultando qualquer tipo de orientação a esse respeito.

O certo é que muitos pais vivem obcecados com as “possíveis consequências negativas que o exercício da sexualidade possa provocar” solicitando aos professores e técnicos especializados que acompanham a criança ou jovem que reprimam comportamentos sexuais, que atentem às condutas de masturbação e que se evite o assédio ou abuso sexual (cf. Pan, 2003:95). Do mesmo modo, tendem a isolar os filhos, privando-os de contactos sociais e, conseqüentemente, a interação com jovens da mesma idade, promovendo um fraco investimento na autoestima, autoconceito e imagem corporal.

Há igualmente a ideia incorreta e estereotipada de que o filho deficiente mental não percebe aquilo que se lhe diz, sendo, então, desnecessário envidar esforços para informá-lo sobre assuntos de cariz sexual. De igual modo, para os pais as aspirações de carácter afetivo e sexual, assim como os desejos, são desprezadas e ignoradas.

Por outro lado, existem os pais que aceitam a sexualidade do filho como parte integrante do seu processo de desenvolvimento holístico e que, por vezes, de uma forma inconsciente, idealizam e fantasiam um percurso de vida de um jovem “normal” seguindo as etapas: do namoro, do casamento, relações sexuais e filhos. Em especial nos casos de DM grave e profunda cabe aos técnicos consciencializar os pais de que, muito provavelmente, o percurso de vida do seu educando será diferente.

Estes são pais que ainda não interiorizaram e não aceitaram o facto de o seu filho ser “diferente” dos outros, continuam na fase de negação, ou seja, não conseguem fazer o “luto” do nascimento de um bebé portador de uma deficiência.

Pan (2003), referindo-se a um curso de orientação sexual para pais de filhos com DM, nos vários graus, realizado em Madrid, constata que, na eventualidade dos pais manifestarem interesse em transmitir informações pertinentes sobre o tema da sexualidade, deparam-se com muitas dúvidas e angústias formulando questões esclarecedoras do seu estado de espírito, das quais destacamos as seguintes:

- “Se falar a ele de sexualidade, tenho medo de que possa `fazer algo` a alguém”.
- “Não só tenho medo de que fique grávida, mas também `do que iria acontecer`.”
- “Se eu o levar a fazer vasectomia, ele deixará de masturbar-se?”
- “Para que meu filho quer a sexualidade?”
- “Não quero que seja despertada nele.”
- “Pensei às vezes levar meu filho a uma prostituta.” (p.95)

Na globalidade, cerca de noventa por cento das famílias manifestam as seguintes atitudes face à sexualidade do filho com DM (Crespo, 1993, in Pan, 2003):

- Consideram o tema tabu, sobre o qual mantêm silêncio.
- Têm uma atitude passiva, não abordando o tema, deixando o tempo passar.

Apenas dez por cento das famílias revelam uma atitude aberta e interessada face ao tema.

Hoje, fruto do movimento da inclusão social, os deficientes mentais encontram-se mais vulneráveis, expostos a perigos, a liberdades e a responsabilidades, motivo pelo qual devem tomar conhecimento das transformações físicas e sociais que ocorrem nas diferentes etapas do crescimento, através de uma educação sexual devidamente planeada e partilhada entre os pais, os professores e todos os técnicos especializados que acompanham a criança, jovem ou adulto.

2.2.2. Atitudes dos professores e técnicos especializados

Os técnicos, contrariamente aos pais, costumam revelar atitudes mais abertas e positivas face à sexualidade do portador de DM, percecionando o assunto de forma diferente, possivelmente por estarem mais bem informados e preparados, e como agentes educativos, portadores de formação académica e pedagógica adequada, o que lhes permite uma abordagem mais objetiva, sem tabus nem preconceitos, da temática em questão.

Os profissionais da educação dos jovens com DM, têm uma dupla função e responsabilidade no concernente à sua sexualidade, na medida em que têm que saber gerir os sentimentos e os interesses do jovem e, concomitantemente, os dos seus progenitores. Por vezes, cabe-lhes a tarefa ingrata de ter de gerir as expetativas dos pais e, simultaneamente, as necessidades e sentimentos do jovem, de modo a evitar sofrimento e possíveis conflitos.

Conquanto, e apesar dos técnicos e professores serem detentores de mais conhecimentos e terem o privilégio de um melhor acesso à educação sexual, alguns continuam a manter atitudes conservadoras ou a promover a “inibição de algumas condutas mais flexíveis em decorrência da solicitação e expectativa dos pais em relação à sexualidade de seus filhos portadores de DM” (Aizpurua, 1985, in Ballone, s/data, site da Psiqweb).

No que concerne às crianças e jovens com DM institucionalizadas, os profissionais que os acompanham deparam-se com uma lacuna nos Regulamentos Internos das instituições, pela ausência de normas claras e precisas sobre o tipo de atividades de cariz sexual que podem e devem ser permitidas naquele espaço “fazendo com que a orientação sexual, quando existe, seja fruto das disposições e iniciativas pessoais, mais do que das necessidades reais dos pacientes” (ibidem).

Todos, pais, professores e técnicos especializados que acompanham diretamente indivíduos portadores de DM, devem perceber que uma vivência da sexualidade, bem orientada, fomenta o equilíbrio afetivo e emocional, promove a autoestima, contribui para a inclusão social e incrementa os contatos interpessoais.

É da responsabilidade do estabelecimento escolar ou instituição, facultar informações, apoio e acompanhamento aos pais de filhos com DM no âmbito da educação sexual, por dois motivos, na opinião de Gomes (1995):

1. Para que a reação dos pais ou encarregados de educação não seja negativa, relativamente às ações desenvolvidas pela escola, ou instituições, sobre o tema mencionado;
2. Para que não haja incongruências ou ambiguidades na transmissão de informações entre os pais e os profissionais que acompanham o jovem.

A incoerência, obscuridade e imprecisão de informação geram conflitos interiores, angústia, dor e frustração nos indivíduos portadores de DM.

Pelo exposto se conclui que é benéfico existir uma interação positiva entre os profissionais da educação e a família, pois será essa comunicação que poderá facilitar o entendimento sobre a sexualidade por parte dos deficientes mentais.

Kempton (1978), citado por Ballone (s/data) no *site* da Psiqweb, refere que “ainda estamos em uma fase de apenas maior tolerância” face à problemática da sexualidade na DM, apesar de, aparentemente, se denotar uma atitude “mais liberal por parte dos profissionais”.

2.3. O que é a Educação Sexual?

A educação sexual é a área da educação que gera mais polêmica e promove a sua discussão. Dentro da comunidade científica e entre os profissionais da educação continua a haver uma certa resistência e relutância em implementar esta área como uma componente do currículo do ensino básico. Ora, por razões óbvias, e já referidas neste capítulo, a relutância é muito maior quando nos concentramos nos portadores de DM, pois considera-se, por uma certa desorientação e desconhecimento, que estes “são incapazes de beneficiar de uma educação sexual adequada”, a qual iria contribuir apenas para “perturbar ainda mais a vida do indivíduo e de seus pais e professores”, apesar de vários estudos realizados neste âmbito revelarem o oposto (Pan, 2003:209).

Embora, na teoria, os profissionais e pais de filhos com DM aceitem as necessidades de educação sexual como uma característica humana intrínseca, na prática as divergências e ambiguidades permanecem, nomeadamente em relação aos conteúdos a lecionar, à metodologia a ser utilizada e à questão de quem deve assumir essa responsabilidade. Outra das suas angústias consiste na falta de preparação para desempenharem esta função com qualidade, para além da frustração que sentem em relação à falta de materiais pedagógicos que sirvam de suporte às suas intervenções junto das crianças e jovens.

Posto isto, convém descortinar que o deficiente mental sente e tem necessidade de expressar a sua sexualidade da mesma maneira que um não deficiente. Reprimir a sua sexualidade não é o caminho que o conduzirá à felicidade, irá, isso sim, torná-lo cada vez mais agressivo e angustiado face à incompreensão de que é alvo.

Marques (1995:89) define educação sexual como “um processo através do qual se transmitem conhecimentos de índole científica relativos ao corpo e ao seu desenvolvimento, se promovem atitudes positivas e comportamentos responsáveis para consigo e com os outros no que respeita à sexualidade”, com o objetivo de facultar ferramentas que promovam a autonomia, o debate de ideias, a assertividade e a tolerância das mais variadas formas de agir e pensar.

Assim, a educação sexual é fulcral desde a primeira infância, etapa em que a criança adquire a sua identidade sexual através da percepção da pertença ao sexo feminino ou masculino. A percepção dos papéis atribuídos ou assumidos por cada sexo é mais difícil de destrinçar e modifica-se com base em três fatores:

- Fase de desenvolvimento;
- O contexto familiar;
- O contexto social.

Desde muito cedo que a criança percebe que pode brincar com o seu corpo e, com isso, obter prazer e, do mesmo modo, percebe “que há certas zonas do corpo que são socialmente valorizadas e outras não”, adquirindo e “desenvolvendo sentimentos positivos ou negativos em relação ao (...) corpo” (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 1999:12). De facto, a sexualidade, assim como a educação sexual, está correlacionada com o nosso corpo, a nossa imagem corporal, com a expressão corporal e com a forma como nos sentimos fazendo parte desse corpo.

Depois descobrimos o outro e a curiosidade implícita de ver o corpo do outro, da expectativa das carícias, do toque, o desejo e a atração vão surgindo de acordo com o estágio de desenvolvimento.

A sexualidade não se pode dissociar dos afetos, uma das dimensões mais importante na vida das crianças em idade escolar. Também não pode ser vista apenas sob a perspectiva da reprodução, componente, no entanto, importante nos programas de educação sexual. A comunicação interpessoal, o prazer, os aparelhos reprodutores, a fecundação, a reprodução, a gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade são outras dimensões da sexualidade que devem ser contempladas na educação sexual de qualquer criança.

Frade et al. (1999) afirmam que “a sexualidade tem percalços, uns evitáveis e outros inevitáveis” (p.12). Quanto aos percalços evitáveis os autores mencionam a gravidez indesejada na fase da adolescência; as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) que ocorrem por falta de prevenção e tratamento e o abuso sexual que se caracteriza por uma evidente incapacidade por parte da vítima em denunciar o agressor. Os percalços inevitáveis resultam das “dificuldades próprias do crescimento e das construções individuais”, sendo o resultado de uma complexidade de afetos relacionados com a sexualidade: “expectativas e (...) frustrações, dos amores e dos desamores, da forma como vão vivenciando desde crianças todos os aspectos atrás focados” (ibidem, p.12).

A implementação de uma educação sexual positiva pode coadjuvar “o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções” (GTES, 2005:6), evitando-se as consequências indesejadas anteriormente referidas.

Na verdade, quando a sexualidade é bem orientada melhora a autoestima, contribui para a tomada de decisões e promove atitudes positivas.

Um programa de educação sexual direccionado para os deficientes mentais, apesar das suas características muito particulares, deve seguir as mesmas linhas orientadoras e

objetivos definidos para a população estudantil em geral. Tendo em conta as especificidades desta população em particular, Craft & Craft (cf. Marques, 1995:92) propõem a definição de sete objetivos pilares para a intervenção na área da educação sexual:

1. Reforçar a autoestima e valorizar a imagem corporal;
2. Aumentar os conhecimentos sobre anatomia e fisiologia humana;
3. Criar habilidades de comunicação e sentimentos e necessidades sexuais;
4. Promover atitudes positivas e não culpabilizantes face aos seus sentimentos e comportamentos sexuais;
5. Reforçar a confiança nos seus próprios juízos;
6. Facilitar o reconhecimento dos riscos que poderão correr;
7. Reforçar atitudes de entendimento e aceitação dos sentimentos e necessidades dos outros.

Todos estes itens devem ser abordados de forma diferenciada de acordo com a problemática do aluno, idade biológica, idade mental e deve ir ao encontro das suas necessidades.

Por todas as informações expostas, concluímos que

“(...) quando falamos de Educação Sexual, de Programa de Educação Sexual, estamos a utilizar um conceito global abrangente de sexualidade que incluiu a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva”. (Frade et al., 1999:13)

2.3.1. Tipos de Educação Sexual

Marques e Forreta consideram dois tipos de Educação Sexual: a formal e a informal, sendo que ambas se encontram interligadas, senão vejamos: “(...) todo o ato de educação intencional, consciente e sistemático é sempre acompanhado de numerosos conteúdos não-intencionais que podem ter grande influência educativa(...)” (Lopes, 1990, in Marques & Forreta, 2009:48).

Passamos à apresentação das principais características dos dois tipos de Educação Sexual supramencionados.

2.3.1.1. Educação Sexual Informal

A Educação Sexual informal caracteriza-se essencialmente por não ser intencional, não programada e ser espontânea, além de marcar presença contínua no dia-a-dia e não apresentar quaisquer objetivos educativos intencionais. É promovida pelas pessoas que fazem parte do núcleo familiar, de amigos, etc.

Os pais são, de facto, agentes educativos com um papel importante no processo de aquisição da identidade sexual, além do papel do género, por representarem, para as crianças, figuras com as quais se identificam e nutrem um carinho muito especial.

Todavia, por fazerem parte da mesma faixa etária e revelarem interesses comuns, os pares são claramente a fonte de informação por excelência em assuntos de índole sexual.

A veiculação de informação através dos meios de comunicação social pode fazer parte integrante de uma educação sexual informal e exercer uma grande influência sobre a criança, apesar de, nem sempre constituir um agente positivo.

A educação não formal tem como objetivo corrigir erros e falhas da educação sexual formal e informal, podendo ocorrer na própria escola ou paralelamente ao sistema educativo.

2.3.1.2. Educação Sexual Formal

À Educação Sexual formal corresponde um conjunto de ações, programas e projetos devidamente organizados, bem estruturados, sistemáticos e intencionais cujo objetivo é o de promover a veiculação de informações relevantes, proporcionar um conjunto de conhecimentos organizados aos jovens, em contexto escolar ou institucional. Estas ações são acompanhadas de momentos que preconizam a discussão de temas, promovem a colocação de dúvidas e são desenvolvidas por profissionais da educação, em contexto escolar.

Esta educação sexual, de carácter intencional, favorece o desenvolvimento salutar da personalidade das crianças e jovens e ajuda a colmatar algumas falhas da educação sexual informal.

2.4. A Educação Sexual do deficiente mental na escola

A nossa Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), Lei N.º 46/86, de 14 de Outubro, através do artigo 2º, n.º 1, expressa o direito fundamental do acesso de todos os portugueses à educação: “todos os portugueses têm direito à educação e à cultura, nos termos da Constituição da República”.

Este direito básico do ser humano, foi uma das maiores conquistas das sociedades contemporâneas, sendo essa exigência e aplicação expressa em diferentes documentos internacionais, dos quais destacamos o artigo 7.º da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e o artigo 26.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948).

Na realidade a educação permite o emergir de sociedades mais sábias, mais justas, menos discriminatórias e, acima de tudo, promove a equidade social e educativa. Ora, o deficiente mental “não possui uma dignidade menor” e, numa sociedade que se pretende inclusiva, a escola deverá permitir-lhe “atingir os mesmos objetivos da educação em geral”: oportunidade para desenvolver as suas capacidades até aos seus limites em ambientes não restritivos, promover a igualdade de oportunidades, promover a aquisição de competências elementares de socialização e autonomia e facultar-lhe uma educação sexual adequada e sistemática (Pan, 2003:214).

A família e a escola caminham juntas no âmbito da educação sexual dos jovens, esta é uma responsabilidade social partilhada, apesar de cada um assumir uma função específica e concreta, contudo complementares.

Convém salientar que muitos professores e técnicos especializados não se sentem devidamente preparados para abordar a temática da sexualidade com os jovens devido à lacuna existente nos desenhos curriculares da formação inicial na área das Ciências da Educação. Essa necessidade específica de formação na componente da educação sexual deve ser suprimida com o investimento por parte dos professores na sua formação pessoal, frequentando ações de formação que complementem e minimizem esta falha. A importância da aquisição de conhecimentos básicos na área da sexualidade no âmbito da educação e saúde, é defendida por Gomes (1995), ressaltando a “perigosa condenação do autodidatismo assente numa `abertura de espírito` e `maturidade pessoal`” (p.26).

Seria igualmente benéfico definir o perfil do docente que desenvolve o programa de educação sexual, assim como, definir as competências mínimas exigidas para exercer tal função, face ao cariz complexo, delicado e multifacetado do tema.

A escola, ao assumir a integração do ensino de educação sexual aos seus jovens, transmitir-lhes-á um conjunto de mensagens positivas e pertinentes, das quais destacamos duas:

1. Uma perspetiva positiva da sexualidade humana;
2. A sexualidade faz parte integrante da vida, incluindo o contexto escolar, não devendo ser uma área preterida ou desconhecida.

Ainda na área dos valores e atitudes em relação à sexualidade, a escola é um local excelente para se promover debates, sobretudo a partir da adolescência, sobre diversas situações de carácter moral, as quais favorecem o exercício da cidadania e preconizam atitudes de tolerância face à diversidade de opiniões.

A escola é o agente de socialização mais importante no que concerne à veiculação de conhecimentos científicos e técnicos que promovem uma aprendizagem articulada e sistemática.

No que diz respeito ao nosso público-alvo, alunos portadores de DM, os programas de educação sexual devem ser mais heterogêneos e criativos, permitindo ao docente conceitos como flexibilização, individualização e adequação. Os métodos adotados devem ter como base técnicas dinâmicas e estímulos visuais, tendo em conta a diversificação de diagnósticos dos alunos com NEE.

Nesta ótica, o docente deve conhecer a problemática apresentada por cada aluno, porque “cada deficiente, com a sua deficiência particular, tem (...) os seus problemas específicos para enfrentar e ultrapassar” (Gomes, 1995:25). A autora refere ainda que “os profissionais devem conhecer bem cada tipo de deficiência e cada pessoa deficiente, com as suas limitações e potencialidades, para poder dar uma ajuda informada” (ibidem, p.25). Seguindo a mesma linha de pensamento, a autora menciona ainda que educar uma pessoa que apresente um *deficit* cognitivo não é sinónimo de “tomar decisões por eles, mas sim de lhes fornecer informações corretas e com base científica atualizada” (ibidem, p. 26).

Vários estudos realizados em Portugal confirmam que a implementação de programas de educação sexual nas escolas é positivo e demonstram que:

- Há o incremento de atitudes e comportamentos mais seguros e preventivos nos jovens;
- Há um maior uso de métodos contraceptivos: o preservativo e/ou a pílula;
- Existe uma maior perceção e prevenção de situações de risco;
- Mais conhecimentos sobre o tema

Em suma, a educação sexual formal promove:

- Maiores e melhores conhecimentos sobre o tema da sexualidade;
- Competências ao nível da assertividade;
- O debate;
- A comunicação e a prevenção de comportamentos de risco.

Por fim, a escola e a família, devem envidar esforços para prevenir um problema tão sensível, preocupante e angustiante para a família como o abuso sexual. Neste âmbito, a prevenção não é fácil, face às características tão específicas do portador de DM, que deverá tomar consciência de que tem um corpo sobre o qual tem direitos. Devem ser instruídos para denunciarem abordagens incorretas, sendo assertivos em relação às mesmas.

2.5. A Educação Sexual do deficiente mental na família

A instituição da família é o agente educativo por excelência nas primeiras etapas da vida de qualquer criança, pela proximidade e contacto permanente com os progenitores e, por conseguinte, torna-se essencial que lhes sejam facultadas informações sobre as diferentes etapas do desenvolvimento em geral e, do desenvolvimento e amadurecimento sexual em particular.

A Sagrada Congregação para a Educação Católica, citada por Pan (2003), afirma que:

“a educação cabe em especial à família, escola do mais rico humanismo. A família é o melhor ambiente para cumprir o dever de assegurar uma gradual educação da vida sexual. Ela conta com reservas afetivas capazes de fazer aceitar, sem traumas, até as realidades mais delicadas e integrá-las harmoniosamente numa personalidade equilibrada e rica. O afeto e a confiança recíproca que se vivenciam na família ajudam no desenvolvimento harmonioso e equilibrado da criança desde o seu nascimento. Para que os laços afetivos naturais que unem pais e filhos possuam o maior caráter positivo possível, os pais, com base num sereno equilíbrio sexual, devem estabelecer uma relação de confiança e diálogo com os filhos, relação sempre adequada a sua idade e a seu desenvolvimento”. (p. 241)

Um ambiente familiar estimulante irá promover crianças com personalidades equilibradas, responsáveis e, sobretudo felizes, sejam elas portadoras de DM ou não.

A família tem múltiplas funções face à educação das suas crianças, nomeadamente:

- Promover a integração de todas as dimensões do ser humano;
- Promover o desenvolvimento de relações pessoais baseadas na tolerância, compreensão, no perdão e na reconciliação, fomentando o equilíbrio afetivo-emocional;
- Incutir valores;
- Promover a interação social, percecionando a sociedade como o prolongamento da família. (Pan, 2003)

Segundo o mesmo autor, a família tem o direito e o dever de proporcionar uma educação sexual adequada ao deficiente mental, a qual contará com a colaboração de outros agentes socializadores no cumprimento e complemento da sua função. Todavia, esta tarefa não deve ser negligenciada pelos pais, considerando que a escola os pode substituir.

Existem diversas componentes de uma educação sexual saudável e equilibrada que pode ser transmitida pela família:

- O testemunho pessoal através da promoção de uma atmosfera de carinho, amor e comunicação;

- Transmissão de valores basilares sobre a vida sexual;
- Responder, sempre, às questões colocadas sobre o tema, desde a primeira infância;
- A vida conjugal e familiar e o comportamento dos pais serão decisivos na identidade sexual dos filhos.

É na fase de transição para a idade adulta que as famílias de portadores de DM mais necessitam de ajuda profissional. É agora que os pais se angustiam ao perceber que as perspectivas de independência e autonomia do filho são escassas ou nulas e que serão seres dependentes deles para o resto da vida.

Outra preocupação inerente ao desenvolvimento físico dos filhos é a questão de se encontrarem sexualmente vulneráveis a abusos sexuais, sobretudo se o jovem for do sexo feminino. Neste contexto, há famílias que utilizam a repressão sexual como o único meio para controlar esta dimensão da vida dos seus deficientes mentais. Contudo, ensinar-lhes que o sexo é algo pecaminoso, sujo, vergonhoso e perigoso não é positivo, nem benéfico para o sujeito em questão. Para alguns destes jovens, a educação sexual será suficiente para saberem responder eficazmente a abordagens desconfortáveis.

Já aqui mencionamos que a educação sexual é da responsabilidade dos pais. Todavia, estes não se encontram sozinhos nesta caminhada íngreme, difícil e árdua. A escola, os docentes e todos os técnicos especializados contribuem, com certeza, para os apoiar e acompanhar, colaborando para suavizar esta, e outras tarefas igualmente difíceis.

2.6. A Educação Sexual em Portugal

Em termos de educação sexual no nosso país, recuamos até ao decénio de setenta, do século XX. Antes do 25 de Abril de 1974, aquando da Reforma de José Veiga Simão, formou-se uma comissão interministerial, pioneira no âmbito da *Sexualidade e Educação*, sendo aprovada a lei sobre coeducação, ou seja, educação mista.

No entanto, é apenas no ano de 1984 que a lei 3/84 sobre *Educação Sexual e Planeamento Familiar*, é aprovada na Assembleia da República, comprometendo-se o Estado a:

- Apoiar as famílias na área da Educação Sexual;
- Garantir a formação de professores na área;
- Introduzir conteúdos sobre a sexualidade humana nos programas escolares

Lamentavelmente esta lei não passou de um pacote de intenções, sendo as escolas, os profissionais de saúde e a Associação para o Planeamento da Família (APF),

enquanto organização educativa e cívica, que desenvolveram ações no âmbito da Educação Sexual, junto aos alunos, encarregados de educação e professores. A APF, entretanto, foi desenvolvendo programas de formação de profissionais, de saúde e de educação sexual para jovens, por solicitação de vários intervenientes na comunidade escolar (cf. Frade et al., 1999).

Esta organização, pela sua importância e dinâmica, deixou o seu cunho registado na LBSE ao ser criada uma nova área educativa de *Formação Pessoal e Social* (FPS):

“os planos curriculares do ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito”. (Artigo 47.º, n.º2)

A FPS fomenta:

- A educação sexual;
- Educação familiar;
- Educação para a saúde;
- Educação ambiental;
- Educação cívica;
- Educação para a prevenção de acidentes.

Todavia, esta área nunca foi verdadeiramente implementada.

Com a emergência da SIDA, nos anos oitenta, e a proliferação de outras infeções sexualmente transmissíveis, surgiram novas preocupações educativas, sendo que o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), introduziu uma nova área cujo objetivo era o de informar e alertar os jovens para os seus comportamentos sexuais e a prevenção de DSTs, dando um enfoque especial à prevenção da SIDA.

Em 1995, a APF apresenta uma proposta, que é aceite, para a implementação de um projeto experimental de educação sexual, em contexto escolar, o qual foi desenvolvido num período experimental de três anos, obtendo sucesso e produzindo o documento “Orientações Técnicas para a Educação Sexual em Meio Escolar”.

Em 1998, com a realização do referendo sobre a despenalização do aborto, a questão da educação sexual emergiu, uma vez mais, e promoveu inúmeros debates públicos nos vários meios de comunicação social. Estas discussões foram úteis, na medida em que houve consenso relativamente à questão das vantagens de uma educação sexual, cuja função informativa poderá prevenir e reduzir a ocorrência de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, o recurso ao aborto.

A partir desta data, ocorreram vários debates na área da educação sexual em Portugal e, em termos legais, produziram-se várias leis, nomeadamente:

- Outubro de 1998 – foi aprovado um “Plano Interministerial de Ação em Educação e Planeamento Familiar”.
- Maio de 1999 – Foi aprovada a Lei 120/99, que reafirma a necessidade dos estabelecimentos escolares implementarem programas de educação sexual nos seus Projetos Educativos.
- 1999/2000 – O movimento de estudantes do ensino secundário exige a educação sexual, em contexto escolar.
- Agosto de 2000 – A Lei 120/99 é regulamentada.
- Ano letivo de 2000/2001 – O Ministério da Educação assinala a educação sexual como área prioritária.
- Outubro de 2000 – É publicada uma versão renovada das “Orientações Técnicas”, designada, agora, por “Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras”, subscrita pela APF e pelo Ministério da Educação.
- Junho de 2005 – O Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), coordenado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio, foi nomeado pelo Ministério da Educação para iniciar um estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual, em contexto escolar. O resultado do relatório deste estudo enquadró a educação sexual como uma das quatro componentes do Projeto de Educação para a Saúde.
- 10 de Fevereiro de 2009 – O Partido Socialista apresenta o Projeto de Lei n.º 660/X, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, mas que conta com críticas vindas de vários quadrantes por atribuir, na prática, a responsabilidade da educação sexual apenas à escola, menosprezando o papel da família. Além disso, o diploma restringe-se à dimensão biológica em detrimento das componentes de caráter afetivo, social, ético, jurídico e cultural, além de “ignorar” a autonomia das escolas.
- 4 de Julho de 2009 – é finalmente aprovada a Lei n.º 60/2009 na Assembleia da República, estabelecendo o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.
- 9 de Abril de 2010 é regulamentada a Lei n.º 60/2009, de 4 de Julho de 2009, através da Portaria n.º 196-A/2010

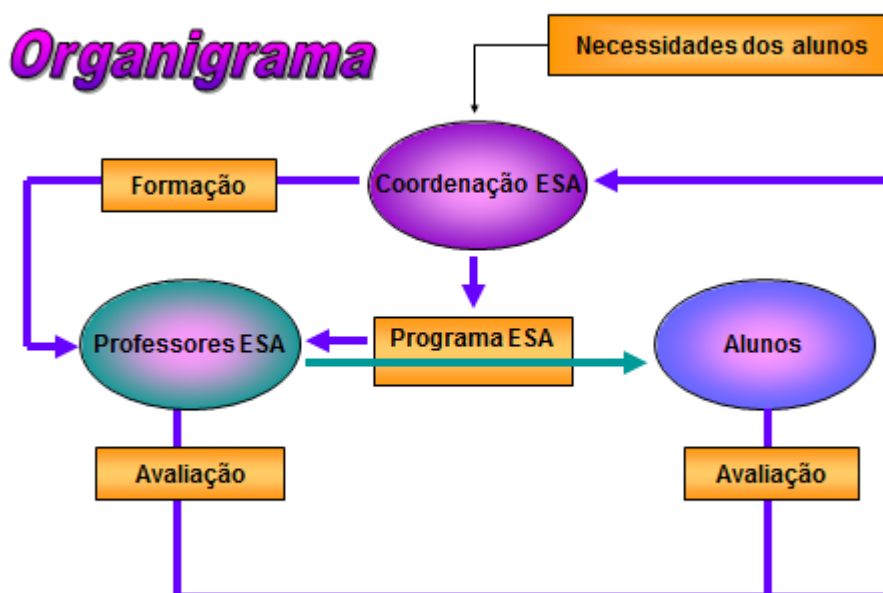
2.7. Projeto de Educação para a Sexualidade e Afetos (ESA) na RAM.

O Projeto Educação para a Sexualidade e Afetos (ESA) é um projeto pioneiro em Portugal, impulsionado pela Secretaria Regional de Educação e Cultura (SREC), em 1994, e implementado em todas as escolas da Região Autónoma da Madeira (RAM), nos segundo e terceiro ciclos, assumindo um carácter obrigatório a partir do ano letivo de 2006/2007.

O ESA é gerido pela Direção Regional da Educação (DRE) e integra a área curricular não disciplinar de Formação Cívica. São lecionadas dez aulas, aproximadamente um período letivo, por um professor com formação didática-pedagógica específica na componente da educação para a sexualidade e para a saúde, estando também presente o Diretor de Turma.

A estrutura básica do Projeto, para os dois ciclos-alvo, é seguida pelos docentes, porém e, sempre que se justificar, por motivos de carácter didático- pedagógica, devem adaptar as atividades planeadas. A figura 1 transmite-nos a forma como o Projeto se encontra organizado.

Figura 1 - Organigrama do Projeto ESA



No segundo ciclo, o grande tema escolhido é: “Compreendo e valorizo o meu corpo” e para o terceiro ciclo: “Sou responsável pelo meu comportamento”. No decorrer do Projeto, alguns dos objetivos e temas repetem-se, de forma intencional, nos diferentes anos de escolaridade, por serem de carácter formativo e desenvolverem-se de forma gradual, acompanhando o desenvolvimento físico-emocional da criança ou jovem.

Na primeira sessão, os alunos preenchem um questionário (formativo) e, anonimamente, sem preconceitos nem tabus, colocam questões, as quais são depositadas numa “caixinha de perguntas” que serão respondidas ao longo das sessões. Na última sessão, os alunos preenchem um questionário, igual ao da primeira sessão, para aferir conhecimentos, verificando-se se as suas dúvidas iniciais foram devidamente esclarecidas.

Segundo declarações de uma professora que leciona esta área, professora Patrícia Camacho, ao Diário de Notícias da RAM, a mesma refere que “apresentamos os factos pelo lado científico, nunca tomamos partido e, acima de tudo, mantemos a privacidade [dos alunos]”, referindo ainda que, nestas sessões, não há tabus, todavia, por vezes, surgem questões mais difíceis de responder e outras que causam risos entre os alunos” (Caires, M., 2007, in Diário de Notícias, de 19 de Janeiro de 2007). In http://www.saudinha.com/parcerias/revista_imprensa/diario_noticias/2007/dn_2007_02_19_01_k.htm).

A coordenadora do Projeto refere ainda que nenhum aluno falta a estas aulas e, até os alunos mais distraídos e perturbadores, atentam às informações e às discussões temáticas (ibidem). Foi realizado um estudo cujo objetivo era aferir as atitudes dos pais face à introdução do Projeto ESA nas escolas da RAM. Obtiveram-se resultados deveras positivos:

- A maioria dos pais elogiou o Projeto, referindo a importância do mesmo para os seus filhos;
- A maioria referiu que o ESA aumentou a frequência com que se fala sobre sexualidade em casa;
- Serviu para ultrapassar barreiras entre pais e filhos;
- Alguns pais denotam dificuldade em abordar assuntos no âmbito da sexualidade com os filhos, daí a importância da escola se preocupar com este assunto;
- Alguns pais referiram que os filhos gostariam de ter mais sessões com o Projeto ESA;
- Alguns lamentam o ESA não se ter iniciado mais cedo;
- Apenas cinco pais não concordam com a implementação do ESA.

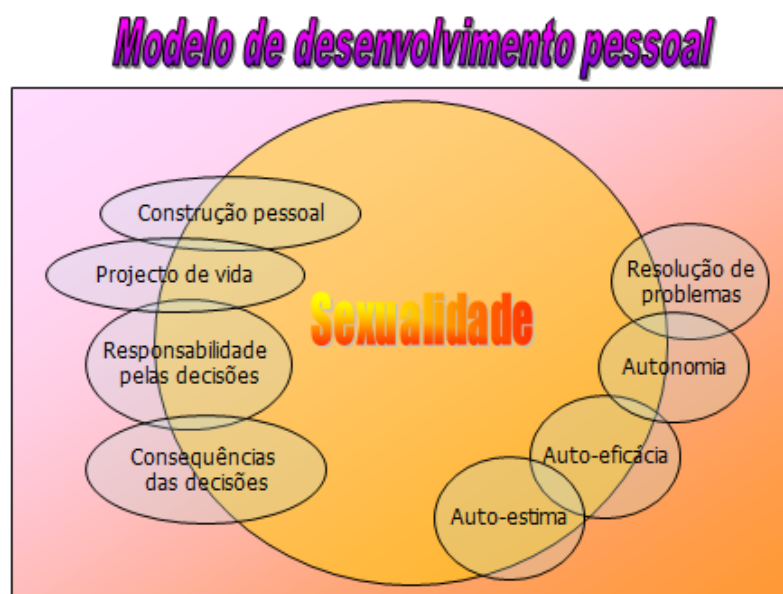
Objetivo geral do Projeto ESA

- Promover a vivência de uma sexualidade informada, responsável, saudável e gratificante.

Objetivos específicos do Projeto ESA

- 1- Com este projeto pretende-se que os alunos desenvolvam capacidades de:
 - Comunicação;
 - Negociação;
 - Escuta;
 - Assertividade;
 - Procura de ajuda;
 - Tomada de decisão;
 - Reconhecimento e de resistência às pressões;
 - Lidar com desafios e com preconceitos;
 - Selecionar informação fidedigna e adequada;
 - Reconhecer e ultrapassar barreiras;
 - Discutir assuntos morais e sociais.
- 2- O Projeto proporciona ainda:
 - Oportunidades para adquirirem informações e conhecimentos de caráter técnico e científico sobre a sexualidade nas dimensões: biológica, pessoal e relacional, social, histórica e expressiva. Permite também a aquisição de instrumentos facilitadores da reorganização de informações incorretas, incompletas, fragmentadas com as quais são constantemente bombardeados por diversos agentes sociais: pelos amigos, pelos meios de comunicação social, pela família e pelos adultos.
 - Oportunidades para realizar debates sobre as escolhas morais relacionadas com questões atuais, no âmbito da sexualidade, tais como: a procriação, o aborto, as DSTs e o uso do preservativo.

Figura 2 - Modelo de desenvolvimento pessoal adotado no Projeto ESA.



Pelo exposto e, de acordo com a figura 2, se conclui que, um programa de educação para a sexualidade assente nestes princípios contribui sobremaneira para que estas crianças e jovens aprendam a SER, ou seja, assumam a condução do seu próprio projeto de vida, estabelecendo relações interpessoais mais salutaras, respeitando-se e respeitando os outros nas suas diferenças, conhecendo-se melhor e responsabilizando-se pelas suas decisões e consequências que delas podem advir.

Na área da educação sexual direcionada a alunos com DM, não existem diretrizes concretas, no que diz respeito ao Projeto ESA.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPITULO 3

METODOLOGIA DO ESTUDO

Introdução

A problemática da sexualidade remete-nos, infalivelmente, para o desenvolvimento individual do ser humano e, concomitantemente, para a complexidade que o caracteriza. As manifestações sexuais fazem parte do desenvolvimento psico-emocional e psicosssexual do indivíduo e, como tal, não pode ser negado às pessoas portadoras de DM a oportunidade de expressar e vivenciar a sua sexualidade, a qual não se resume exclusivamente ao ato e órgãos sexuais. A sexualidade é muito mais abrangente e deve ser entendida na sua amplitude, valorizando-se diferentes aspetos da conduta humana como os sentimentos de afeto, de amor, de amizade, de carinho, os relacionamentos afetivos e sexuais, e a própria expressão da identidade.

Vários autores defendem que:

“na adolescência, as pessoas com deficiência, por estarem expostas às mesmas normas sociais que as não-deficientes, anseiam pelo estabelecimento de uma relação amorosa e poderão manifestar o interesse por relacionamentos afetivos e sexuais”. (Maia & Aranha, 2005:2)

Os jovens com DM nem sempre, ou raramente, são ouvidos, ou levados a sério, no que diz respeito às suas dúvidas, anseios, desejos e experiências a respeito da sua vida afetiva e sexual. Nesta ótica, pretendemos, com o presente trabalho, proceder a uma investigação e obter dados relativos aos *conhecimentos e às necessidades de indivíduos portadores de DM no que concerne à vivência da sua sexualidade*.

No âmbito da educação sexual, as propostas de intervenção e orientações programáticas por parte do Ministério da Educação e da legislação vigente para a Educação Especial, Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, concernente aos alunos com NEE e, mais concretamente em relação aos alunos com DM, são nulas ou inexistentes. Em virtude da educação sexual, em contexto escolar, ser ainda uma área de inovação, são limitados os impulsos para produzir bibliografia adequada sobre esta temática.

Gostaríamos de referir que o presente estudo surgiu, essencialmente, por nos encontrarmos a lecionar numa escola dos 2º e 3º ciclos, situada numa freguesia chamada Caniçal, sendo que, em tempos, o seu único acesso fazia-se por via marítima. A freguesia manteve-se isolada até 1956, ano em que foi construído o túnel denominado de Engenheiro José Nasoloni. Até aí a população vivia isolada por montanhas, sendo também possível estabelecer a comunicação com a freguesia e concelho de Machico através de veredas de difícil acesso. Pelo exposto, percebe-se que esta pequena aldeia permaneceu isolada durante décadas e a sua população mantinha poucos contactos com

as freguesias vizinhas, motivo pelo qual houve, e continua a haver, matrimónios consanguíneos que, como é do conhecimento geral, podem gerar problemas genéticos. Ora, no Caniçal proliferam problemas de saúde de várias ordens, entre eles a DM. A título de curiosidade, é possível encontrar no mesmo agregado familiar vários casos de deficiências físicas e DM.

Referimos ainda que um dos sujeitos entrevistados, aluno número um, acompanhado, em contexto escolar, pelo entrevistador há já dois anos, foi o motivo impulsionador deste estudo pelas características individuais específicas que apresenta, relativamente à forma como encara a sexualidade, as quais apresentaremos ainda neste capítulo.

3. Abordagem metodológica

O termo método significa “o caminho para se chegar a determinado fim” e o conceito de método científico é “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para se atingir o conhecimento”, (Gil, cit. por Carmo e Ferreira, 1998:216).

Há uma grande variedade de definições de métodos e técnicas de investigação, das quais destacamos as seguintes:

“cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho”. (Quivy & Campenhoudt, 1998:120)

“um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas”. (Madeleine Grawitz, 1993, in Carmo & Ferreira, 1998:175)

A selecção das técnicas a utilizar vai depender do teor do estudo e objetivo que se pretende atingir, o qual, nesta ordem de ideias, está associado ao método de trabalho.

A realização da presente pesquisa seguiu os procedimentos estabelecidos para a realização de um trabalho científico, de forma empírica, objetiva, metódica e racional, seguindo as diferentes etapas do processo de investigação, nomeadamente a definição do problema, a revisão da literatura existente de acordo com a temática em estudo, a formulação de hipóteses e identificação das variáveis e respetiva operacionalização, a escolha dos instrumentos, a selecção criteriosa da amostra, a recolha dos dados e, finalmente o tratamento e análise dos dados obtidos.

A partir do problema que suscitou interesse e que permite o recurso a métodos empíricos para encontrar uma resposta, e dos objetivos previamente definidos para o

presente trabalho de investigação, foi realizada uma revisão bibliográfica a qual facilitou sobremaneira uma melhor formulação do problema e a selecionar as hipóteses, bem como a definir a metodologia mais adequada a utilizar para se proceder ao estudo do problema em questão.

De seguida procedeu-se à seleção do modelo de análise, a escolha do instrumento de investigação, e à seleção da amostra. Os dados foram transportados para quadros para, posteriormente serem analisados e interpretados, de modo a permitirem tirar as nossas ilações sobre este estudo.

3.1. Formulação do Problema e das Hipóteses

3.1.1. Problema

Na opinião de Quivy & Campenhoudt (1998), o investigador ao procurar enunciar o projeto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida, está a tentar revelar de forma rigorosa aquilo que pretende compreender e esclarecer melhor com a sua investigação, pois a formulação de “uma boa pergunta de partida” objetiva “um melhor conhecimento dos fenómenos estudados e não apenas a sua descrição” (p.43).

A definição do problema pode ser formulada na forma declarativa ou interrogativa. Optamos pela forma declarativa.

Ora, o problema, que suscitou o nosso interesse e que serviu de base ao presente estudo diz respeito ***aos conhecimentos e às necessidades de indivíduos portadores de DM no que concerne à vivência da sua sexualidade.***

Qualquer trabalho de investigação, baseado no rigor científico, deve apresentar-se estruturado em função de hipóteses, as quais proporcionam ao investigador um fio condutor à investigação e promovem o espírito da descoberta, presente em qualquer projeto científico.

Passamos, então, a apresentar as hipóteses enunciadas para o nosso estudo.

3.1.2. Hipóteses

Tendo por base que “uma hipótese em investigação é a formulação de uma suposta relação entre duas ou mais variáveis” (Lima & Vieira, 1997:12), procedemos à formulação de três hipóteses, apresentando as respetivas variáveis, que servirão para responder à questão deste estudo de investigação.

A formulação das hipóteses está intimamente relacionada com a revisão da literatura presente nos dois primeiros capítulos deste trabalho, assim como com a experiência profissional enquanto docente do ensino regular que acompanha alunos com NEE, entre os quais, vários casos de DM e, um em particular, com problemas na forma, inadequada, de exprimir a sua sexualidade.

Hipótese 1: Os alunos com DM têm conhecimentos suficientes sobre sexualidade que lhes permite uma vivência salutar da mesma.

VD: Vivência da sexualidade do deficiente mental

VI: Conhecimentos dos alunos com DM

Hipótese 2: A Educação Sexual informal é insuficiente para o esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade aos deficientes mentais.

VD: Dúvidas sobre sexualidade do deficiente mental

VI: Educação Sexual informal

Hipótese 3: A Educação Sexual formal contribui para uma melhor vivência da sexualidade do deficiente mental.

VD: Vivência da sexualidade do deficiente mental

VI: Educação Sexual formal

3.2. Objetivos do Estudo

Objetivo geral da investigação:

- Compreender se os alunos portadores de DM possuem conhecimentos nas diferentes dimensões da sexualidade.

Objetivos específicos da investigação:

- Aferir os conhecimentos dos alunos com DM sobre sexualidade;
- Aferir o tipo de informações sobre sexualidade transmitidas pelos pais aos filhos com DM;
- Aferir o tipo de informações de índole sexual transmitidas pelos docentes de Educação Especial aos alunos com DM;
- Reconhecer a sexualidade como algo natural a qualquer ser humano;

- Desmistificar preconceitos e tabus associados à sexualidade das pessoas com DM;
- Promover o direito a uma Educação Sexual formal aos portadores de DM;
- Promover a igualdade de direitos;
- Sensibilizar para a inclusão escolar em todas as suas dimensões;
- Fomentar a ideia de uma **escola de todos e para todos**.

3.3. O Contexto do Estudo



Imagem n.º 1 - Mapa da Ilha da Madeira



Imagem n.º 2 – Mapa da freguesia do Caniçal

O caniçal é uma vila e freguesia piscatória que pertence ao concelho de Machico, situada na ilha da Madeira, com 11,46 km² de área e 3 924 habitantes, de acordo com os censos de 2011. Localiza-se a uma latitude de 32.733 a norte e a uma longitude 16.733 a oeste. A freguesia foi criada em 1561 e a origem do seu nome provém da região onde abundavam caniços.

Foi conhecida, noutros tempos, pela caça à baleia, onde existia uma fábrica, inclusive. Na atualidade, conserva ainda vestígios desta atividade, através da existência de um museu situado no centro da freguesia: Museu da Baleia da Madeira.

Foi aqui criada a Zona Franca Industrial da Madeira que acolheu o Centro Internacional de Negócios, o qual absorveu toda a mão-de-obra disponível da freguesia, bem como de algumas freguesias limítrofes. Na zona franca passará a existir o futuro Porto Comercial da Madeira, transferido do centro da cidade do Funchal.

É uma conhecida e pobre aldeia de pescadores, sendo a pesca e a atividade da Zona Franca as principais atividades económicas.

A freguesia possui a única praia de areia natural na ilha da Madeira: a Prainha. O Caniçal tem uma das mais antigas das pequenas paróquias da ilha: a Capela da Piedade, localizada no alto de um monte, sobranceira ao mar e à Prainha. Todos os anos realiza-se o arraial da Nossa Senhora da Piedade. Nessa festa, de carácter religioso, realiza-se uma procissão, sendo os peregrinos transportados por barcos engalanados, maioritariamente de pesca, atualmente da pesca do atum e gaiado. Há uma grande devoção à Nossa Senhora da Piedade por parte dos pescadores do Caniçal e de Machico.

A ponta de S. Lourenço, com o seu ilhéu adjacente, onde estão instalados um farol e uma estação telegráfica e semaforica, merece um especial destaque. Entre a povoação e a ponta de S. Lourenço avistamos a pitoresca Baía da Abra, muito abundante em peixe.

Mais recentemente foi construído um grande empreendimento turístico, com uma bonita marina, chamado Quinta do Lorde.

É uma freguesia que se manteve completamente isolada do resto da ilha até 1956, ano em que foi construído um túnel de acesso à freguesia de Machico. O único acesso à freguesia era feito por mar, ou atravessando as montanhas através de veredas de difícil acesso. Devido a este isolamento, a população apresenta muitas patologias e deficiências, pensa-se que, derivadas de problemas de consanguinidade. É possível encontrar, na mesma família, vários casos de deficiência intelectual, entre outros problemas.

Estes dados foram obtidos através da Wikipédia e do site da madeira rural.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolha de informação

Na concretização deste estudo científico, recorreremos a uma vasta pesquisa bibliográfica que permitiu uma análise exaustiva e aprofundada sobre o tema da sexualidade na DM, pilar da fundamentação teórica do presente trabalho, nos dois

primeiros capítulos. Numa segunda fase do trabalho, investigação empírica, procedeu-se à parte mais prática do mesmo, através da aplicação de inquéritos por entrevista.

Optamos pela metodologia de Estudo de Caso, pois pretendemos atingir uma análise aprofundada do objeto de estudo no seu contexto real. Seguindo esta perspetiva, Yin (2005) define o estudo de caso da seguinte forma:

“the strength of the case study method is its ability to examine, in depth, a ‘case’ within its ‘real life’ context”. (p.380)

Para a sua concretização, a partir das análises efetuadas com base em critérios bem definidos, o estudo de caso pode ser crucial no desenvolvimento de um estudo científico, ao fornecer materiais sobre os quais existe a possibilidade de acrescentar novas pesquisas.

O tratamento da informação recolhida através da entrevista será realizado tendo em conta a técnica de análise de conteúdo, sobretudo porque a mesma é composta exclusivamente por questões de resposta aberta.

3.5. O inquérito por entrevista

De acordo com os objetivos definidos para esta pesquisa, a opção metodológica selecionada é de caráter qualitativo.

Bogdan e Biklen (1994) definem a metodologia qualitativa da seguinte forma:

“Utilizamos a expressão *investigação qualitativa* como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados recolhidos são designados por *qualitativos*, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural” (p.16).

Tendo em conta que a nossa investigação é de caráter qualitativo, consideramos pertinente assinalar as suas características mais importantes, segundo Bogdan e Birklen, citados por Tuckman (2005:507):

- A fonte dos dados é o ambiente natural, sendo o investigador o agente principal na recolha dos dados;
- Os dados recolhidos são de caráter descritivo;
- A preocupação primordial do investigador é todo o processo da investigação, mais do que os próprios resultados;

- Os dados são analisados de forma indutiva;
- O investigador preocupa-se em compreender o significado das experiências e sentimentos dos sujeitos que participam no estudo.

Seguimos estes princípios orientadores na realização do nosso estudo, optando pelo recurso à entrevista. Segundo Bogdan e Biklen (1994:134),

“em investigação qualitativa, as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas. Podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas”,

sendo que em ambas as situações “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”. Sob a mesma perspetiva, Quivy e Campenhoudt (1995) referem que

“as entrevistas exploratórias têm, portanto, como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas leituras” (p.69).

Escolhemos a entrevista semiestruturada como principal instrumento de recolha de dados por esta permitir “colher informações íntimas ou de tipo confidencial” (Carmo & Ferreira, 1998:147). A entrevista permite a recolha de dados de forma oral.

Passamos a assinalar algumas das vantagens da utilização da entrevista:

- Permite estabelecer contacto direto com os interlocutores;
- Permite a observação do participante (gestos, expressões faciais, entre outros);
- Permite incluir ou excluir perguntas no decorrer da entrevista.

Quanto às desvantagens:

- Limita as informações a um pequeno grupo local;
- Permite avaliações subjetivas.

Trivinos e Manzini são autores que têm tentado definir e caracterizar a entrevista semiestruturada. Assim, Trivinos (1987), citado por Manzini (s/data), refere que este tipo de entrevista “tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa”, sendo que “os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes” (p.146).

Quanto ao pesquisador, a entrevista semiestruturada permite-lhe “manter a presença consciente e atenuante” no processo de recolha de informação, sendo-lhe permitido realizar perguntas adicionais, sempre que se considere pertinente. Nesta perspetiva Manzini (1990/1991, in Manzini, s/data) afirma que a entrevista semiestruturada foca-se num assunto sobre o qual é realizado um guião com perguntas principais, complementadas por outras questões adicionais decorrentes das circunstâncias no momento em que decorre a entrevista. Este tipo de entrevista permite o emergir de informações de forma mais livre e espontânea e as respostas não obedecem a um padrão de alternativas pré-estabelecidas.

Neste tipo de entrevista são privilegiadas as perguntas de resposta aberta, sendo também essa a opção do nosso estudo. Segundo Bardin (2008), “o material verbal obtido a partir de questões abertas é muito mais rico em informações do que as respostas a questões fechadas ou pré-codificadas” (p.180).

Carmo & Ferreira (1998) apresentam algumas vantagens e desvantagens da utilização de questões de resposta aberta:

Vantagens:

- Ocorrem respostas mais variadas;
- O entrevistado concentra-se mais sobre as perguntas;
- Surgem respostas mais fiéis e representativas da opinião do entrevistado;
- Aprecia a originalidade e o pensamento livre;
- Permite, ao investigador, recolher informação mais variada sobre o tema a abordar.

Desvantagens:

- As respostas de sujeitos com baixo nível de instrução podem não transmitir a opinião genuína do próprio;
- É necessário mais tempo para o inquirido responder às questões colocadas;
- Dificuldade em categorizar e organizar as respostas.

O objeto desta investigação, *A sexualidade na Deficiência Mental: Mitos e Tabus*, é suscetível de ser analisado sob diversas perspetivas:

- Sob a ótica do próprio indivíduo portador de DM;
- Sob a perspetiva da família do jovem deficiente mental;
- Sob a perspetiva dos técnicos especializados que acompanham estes indivíduos e lhes prestam os apoios necessários.

Pelos motivos já enunciados neste capítulo, decidimos abraçar a análise do objeto deste estudo, *A sexualidade na deficiência Mental: Mitos e Tabus*, sob a perspectiva de sujeitos portadores de DM. Decidimos, neste âmbito, entrevistar um grupo limitado de três jovens portadores de DM que frequentam o terceiro ciclo. Com o decorrer da investigação, e após muita reflexão, percebemos que seria interessante aferir o tipo de contributo que a família e a escola oferecem aos jovens portadores de DM em matéria de educação sexual.

A seleção da amostra para a realização do presente estudo, deve-se, essencialmente, ao facto de os jovens portadores de DM se encontrarem numa posição privilegiada para nos transmitirem os seus próprios conhecimentos, sentimentos, anseios, necessidades e experiências face à realidade que pretendemos estudar.

Com a realização destas entrevistas, não pretendemos encontrar uma representatividade estatística, mas sim obter uma representatividade social do fenómeno em estudo na sua ampla diversidade e que se apresente como uma síntese do universo social que representa. Na opinião de Trivinos (1987), citado por Manzini (s/data), a entrevista semiestruturada promove a descrição dos fenómenos sociais, assim como a sua explicação e a sua compreensão global.

No concernente às características dos entrevistados, Guerra (2006) menciona a importância de se ter um bom interlocutor, que tenha a capacidade de verbalizar as suas condições de vida e cuja comunicação seja capaz de traduzir as suas posições. Ora, os indivíduos entrevistados neste estudo possuem um *deficit* cognitivo, característica esta que deve ser considerada aquando da elaboração do guião condutor da entrevista aos jovens. A formulação de perguntas deve ser básica para o tema a ser investigado (Manzini, 2003, in Manzini, s/data). Deve obedecer ainda às seguintes premissas:

- decidir, previamente, o tipo de questões a colocar no momento da entrevista;
- realizar perguntas bem elaboradas, claras e precisas;
- decidir o número de questões a colocar;
- partir das questões mais fáceis para as mais difíceis.

Em relação à penúltima premissa, e neste estudo em concreto, o número de perguntas que compõem a entrevista não pode ser demasiado extenso, tendo em conta o nosso público-alvo, pois o seu poder de atenção e concentração é muito limitado.

Os indivíduos portadores de DM podem manifestar dificuldades na elaboração das suas respostas por apresentarem problemas acentuados nos processos de memória de curto e de médio prazo e conceptualização, ou seja, mesmo que lhes tenham sido facultadas determinadas informações, neste caso sobre sexualidade, podem não as ter assimilado.

De facto, e como constata Foddy (1996), o entrevistador deve contar com estes problemas na memória de curto prazo aquando da realização das perguntas que devem ser simples, básicas e claras.

Então, pressupõe-se que uma boa entrevista começa por perguntas básicas, utiliza uma linguagem adequada e estrutura a sequência das perguntas da entrevista (Ibidem). A pessoa entrevistada deve ter tempo suficiente para responder às perguntas ao seu ritmo, bem como exprimir-se utilizando as suas próprias palavras.

Paralelamente, o entrevistador não deve emitir qualquer juízo de valor em relação ao conteúdo das respostas dadas, mantendo uma posição neutra face às mesmas. O entrevistador deve ter em conta que “é normal (...) que as pessoas frequentemente reprimem, ou se recusam a revelar, matérias sensíveis no plano psicológico e social” (Foddy, 1996:145). Então, devemos contar com a probabilidade de os nossos interlocutores recusarem-se a responder a alguma das questões colocadas, não serem capazes de transmitir o que lhes é solicitado ou, simplesmente, desconhecerem o assunto questionado.

A realização destas entrevistas coloca questões de carácter ético, pois abordar o tema da sexualidade, envolvido em tabus e preconceitos sociais, requer um tratamento especial por penetrar na intimidade pessoal, íntima e familiar. De facto, o tema deve ser abordado com cautela de modo a não ferir suscetibilidades e respeitar a esfera da intimidade dos intervenientes neste estudo.

Todas as preocupações anteriormente manifestadas foram tidas em conta aquando da elaboração da entrevista aos encarregados de educação entrevistados, por serem detentores de uma baixa escolaridade, um nível de compreensão limitado e pertencerem a um meio sociocultural desfavorecido.

Quanto aos docentes, detentores de uma formação académica, o guião da entrevista pode conter uma linguagem mais elaborada e o tema ser abordado de forma mais direta.

Com as perguntas elaboradas na entrevista semiestruturada pretende-se obter uma visão concreta, por parte dos próprios sujeitos portadores de DM, sobre aspetos relacionados com a sua sexualidade. A realização do guião teve como base as várias pesquisas e revisão da literatura sobre a temática da sexualidade no seu sentido mais lato e da sexualidade na DM.

A entrevista dos jovens encontra-se estruturada em dez partes, constituída por vinte e duas perguntas, organizadas, propositadamente, da menos delicada para a mais íntima, para que os nossos interlocutores se sintam gradualmente mais à vontade. Os IV, VI, IX e o último grupo têm um duplo objetivo: o de aferir os conhecimentos e dúvidas que os jovens têm em relação à sexualidade e perceber se se justifica a implementação de um programa de Educação Sexual direcionado para esta população específica, em contexto escolar.

A entrevista aos encarregados de educação apresenta-se estruturada em nove partes, constituída por vinte e uma perguntas, também organizadas da menos delicada para as mais difíceis e que penetram na intimidade.

A entrevista às docentes especializadas em Educação Especial, está organizada em dez partes, contendo vinte e cinco questões.

3.6. Seleção da amostra

Este trabalho de investigação tem como população-alvo jovens portadores de DM a frequentar o único estabelecimento de ensino público na freguesia do Caniçal, Concelho de Machico, na RAM, e que usufruem dos serviços de Educação Especial e da medida educativa “Currículo Específico Individual”, ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009/M, de 31 de Dezembro, (adaptação regional do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro), artigo 33º. A todos eles foi implementado um Plano Individual de Transição (PIT) no presente ano letivo (Ibidem, artigo 26.º), que visa a promoção da transição destes jovens para a vida pós-escolar, assim como a promoção da “capacitação e a aquisição de competências sociais necessárias à inserção familiar e comunitária”.

A amostra do estudo é constituída por três jovens: um rapaz e duas raparigas, que frequentam o terceiro ciclo. Os três alunos apresentam como diagnóstico, Deficiência Mental, têm idades, percursos escolares e de vida diferentes.

Quanto à técnica de amostragem será adotada a amostra do tipo não probabilístico, pois não se conhece a probabilidade de um membro da população ser selecionado para

participar no estudo. Esta amostra é constituída em função de características específicas que se pretende investigar. Foi utilizada uma amostra intencional ou pensada, a qual é normalmente utilizada para limitar a amostra a determinados grupos de uma população, de modo a se poder estudar voluntariamente determinados subgrupos da população, os quais apresentam-se como mais representativos da totalidade.

Ora, o grupo de alunos que fazem parte da nossa amostra foi selecionado de uma forma premeditada baseado num primeiro critério específico: ser portador de DM, e num segundo critério que pode ser encarado como opcional: residir na freguesia do Caniçal, com o objetivo de saber a opinião do subgrupo selecionado sobre o tema em estudo. Os encarregados de educação foram também selecionados de forma premeditada, obedecendo ao seguinte critério: serem pais dos alunos com DM que fazem parte do nosso estudo. Por último, a seleção da amostra de docentes de Educação Especial seguiu a mesma ordem de ideias, ou seja, são docentes que já acompanharam ou acompanham os referidos discentes em contexto escolar.

Assim, as informações obtidas podem ser valiosas mas não podem ser generalizadas à população à qual pertencem.

Garantimos aos nossos entrevistados o anonimato por entendermos que esta é uma condição fundamental para se obter a autenticidade de respostas.

3.7. Caraterização dos sujeitos da investigação

Apresentamos um conjunto de informações relevantes, retiradas do PEI e relatórios médicos e psicológicos dos sujeitos-alvo da investigação (jovens portadores de DM), nomeadamente, a idade, ano de escolaridade que frequentam, o historial clínico mais relevante, a caraterização do agregado familiar, o percurso escolar, dificuldades apresentadas, caraterísticas pessoais e os serviços de apoio de que beneficiam.

Aluno 1

Idade: 15 anos

Ano de escolaridade: 8º ano

Diagnóstico: Deficiência Intelectual, grau moderado

Historial Clínico: A jovem nasceu de um parto provocado, tendo sido necessário o seu internamento. Com um ano de idade, foi submetida a uma pequena cirurgia, com

anestesia geral, ao joelho, para extração de uma agulha. Aos três anos, fez uma outra cirurgia, às adenoides. Aos dezasseis meses, por apresentar um atraso global de desenvolvimento, a discente passou a ser acompanhada por uma equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança.

Em 2003, foi avaliada por uma terapeuta da fala. Dessa avaliação, verificaram-se perturbações ao nível da articulação verbal/oral por dificuldades de motricidade oral (lábios e língua e de discriminação auditiva). Atualmente, é acompanhada por um neuro pediatra. Até Julho de 2006, tomava medicação para a enurese (noturna e diurna). Hoje já tem o controlo dos esfíncteres. A aluna é acompanhada, também, no Centro Hospitalar do Funchal, nas especialidades de ortopedia e oftalmologia. Em 2008 fez, novamente, uma cirurgia ao joelho.

Caraterização do agregado familiar: A aluna vive com os progenitores e um irmão mais novo. A mãe revela muita preocupação em relação ao presente e futuro da filha. Não descarta de qualquer consulta ou reuniões na escola com a Diretora de Turma e docente da Educação Especial. No entanto, é detentora de poucas habilitações literárias, motivo pelo qual, manifesta dificuldades em apoiar de uma forma mais eficaz a sua educanda.

Curiosamente é o irmão mais novo que “toma conta” da irmã, protegendo e reprimindo-lhe comportamentos menos ajustados em contexto escolar e acompanhando-a, sempre que possível, no percurso casa/escola e escola/casa.

Percurso escolar: Em 2002/2003, foi solicitado um adiamento de matrícula no 1º ano, do 1º ciclo, ficando a aluna a frequentar mais um ano o ensino pré-escolar. Iniciou o 1º ano, em 2004/2005, apresentando no seu percurso escolar uma única retenção, no 1º ano de escolaridade.

Foi inscrita nos serviços da Educação Especial, no ano 2000, na sua área de residência. O acompanhamento especializado foi interrompido quando, por motivos familiares, o agregado familiar mudou temporariamente de residência.

Dificuldades apresentadas e caraterísticas pessoais: Apresenta dificuldades significativas ao nível da linguagem expressiva e compreensiva, cálculo e raciocínio, memória, concentração e motricidade fina e ampla. A área da autonomia apresenta-se gravemente comprometida, realizando com muitas dificuldades atividades básicas da vida diária. Revela ainda problemas motores e obesidade.

Ao nível sócio afetivo, é uma aluna interessada e motivada pelas aprendizagens e pela escola em geral. A escola e a família são o centro do seu universo. Na interação com os seus pares é amigável e afetuosa, apesar de revelar um comportamento geral imaturo.

Desde o início da puberdade que manifesta muito interesse por temas relacionados com a sexualidade, questionando e procurando respostas para as suas inúmeras dúvidas junto da professora da Educação Especial. Todavia denota dificuldade em lidar adequadamente com a sua sexualidade, apresentando, por vezes, uma conduta desajustada que exigiu, por parte da escola, uma intervenção mais individualizada, com o apoio da Encarregada de Educação, docente especializada da Educação Especial e uma enfermeira do Centro de Saúde da sua área de residência. Apresenta comportamentos e atitudes obsessivas relativamente ao sexo masculino em geral.

No ano letivo transato, “apaixonou-se” pelo seu professor de Educação Física, afirmando, na última semana de aulas, que haviam mantido relações sexuais, estava grávida e ia casar com o referido docente. Após este episódio a aluna foi consultada pelo seu neuro pediatra que lhe diagnosticou um quadro psicopatológico: psicose.

Serviços de apoio: É acompanhada pelos serviços de Educação Especial, usufruindo das medidas educativas de apoio pedagógico personalizado e de um currículo específico individual, de acordo com o Decreto Legislativo Regional 33/2009/M, de 31 de Dezembro, artigo 28.º, ponto 2. Foi implementado, no presente ano letivo, um Plano Individual de Transição (artigo 26.º). Usufrui ainda de apoio pedagógico acrescido às áreas curriculares de Matemática, Língua Estrangeira 1 - Inglês - e Português. Goza ainda de apoio motor, facultado por um técnico especializado. É acompanhada pelo psicólogo do Centro de Saúde local.

Aluno 2

Idade: 17 anos

Ano de escolaridade: 7º ano

Diagnóstico: Paralisia cerebral por traumatismo craniano

Historial clínico: A mãe teve uma gravidez de risco correndo o perigo de abortar. Contudo, o parto foi normal. Aos 15 dias de vida, sofreu um acidente de automóvel muito

grave, o qual lhe causou Paralisia Cerebral por traumatismo craniano. O aluno tem crises de epilepsia que ainda não estão completamente controladas, embora apresente melhoras bastante significativas. Clinicamente é acompanhado e medicado por um neuro pediatra.

Caraterização do agregado familiar: É o mais novo de três filhos. O pai é pescador sazonal e a mãe trabalha numa lavandaria. Apesar de ambos terem uma atividade profissional, preocupam-se e acompanham o percurso escolar do seu educando. A mãe apresenta problemas de saúde, provocados pelo já referido acidente de viação, ao nível da coluna vertebral, com especial incidência na zona cervical. O pai nunca ou raramente comparece às convocatórias para reuniões realizadas com a Diretora de Turma e professora especializada da Educação especial, assumindo a mãe a responsabilidade pelo acompanhamento escolar do aluno. No entanto, o jovem revela ter uma relação excelente com o pai, o qual, a partir de Março, se ausenta da sua residência habitual para trabalhar na Região Autónoma dos Açores.

Percurso escolar: Apresenta duas retenções no 2º ano, uma no 4º e duas no 5º ano de escolaridade. Ao longo de todo o seu percurso escolar, o aluno não acompanhou o grupo nas aprendizagens curriculares, devido às limitações que apresenta, decorrentes da sua problemática.

Dificuldades apresentadas e caraterísticas pessoais: De acordo com os últimos dados do relatório do serviço de psicologia, o aluno apresenta um funcionamento intelectual global, que se situa significativamente abaixo da média. Os resultados obtidos foram muito baixos em tarefas que exigem compreensão verbal, em tarefas que exigem organização percetiva e rapidez de processamento de informação. Revela também dificuldade no comportamento adaptativo, nomeadamente nas áreas de: comunicação, autocontrolo, competências académicas funcionais e competências sociais/interpessoais.

Apresenta dificuldades acentuadas em vários domínios: nas competências cognitivas; linguagem expressiva e compreensiva; memória de curto e longo prazo; perceção e motricidade global e fina. Não adquiriu o mecanismo da escrita nem da leitura. Revela ainda dificuldades em gerir as emoções e autocontrolar-se, além de apresentar problemas motores.

O aluno revela interesse por todas as atividades que impliquem o cálculo mental, jogos estratégicos e modalidades desportivas.

Revela, por vezes, comportamentos desajustados, batendo nos colegas e importunando professores e auxiliares de ação educativa. Nas aulas, manifesta pouco interesse pelos conteúdos lecionados.

Serviços de apoio: É acompanhado pelos serviços de Educação Especial, usufruindo das medidas educativas de apoio pedagógico personalizado e de um currículo específico individual, de acordo com o Decreto Legislativo Regional 33/2009/M, de 31 de dezembro, artigo 28.º, ponto 2. Foi implementado, desde o ano letivo transato, um Plano Individual de Transição (artigo 26.º), estando o aluno a usufruir de uma experiência pré-profissional, na área da limpeza e manutenção, numa instituição pública (Museu da Baleia), nas imediações do estabelecimento escolar que frequenta. Usufrui ainda de apoio pedagógico acrescido às áreas curriculares de Matemática e Língua Portuguesa. Goza ainda de apoio motor, facultado por um técnico especializado. É acompanhado pelo psicólogo do Centro de Saúde local.

Aluno 3

Idade: 16 anos

Ano de escolaridade: 7º ano

Diagnóstico: Deficiência Intelectual, grau ligeiro

Historial e caracterização do agregado familiar: A aluna provém de um meio familiar minimamente estável ao nível emocional mas carente a nível económico, pois o pai é pescador sazonal e a mãe é doméstica. Tem 2 irmãos mais velhos, um a estudar no ensino secundário e o outro encontra-se desempregado. O pai ausenta-se da sua residência habitual a partir de Março, pois trabalha na Região Autónoma dos Açores. A partir do mês de setembro adquire a condição de desempregado.

Percurso escolar: A família foi aconselhada a manter a aluna no ensino pré-escolar mais um ano, por não ter adquirido os requisitos necessários e a maturidade para a sua integração no 1º ano, do 1º ciclo. Apresenta uma retenção no 2º ano, uma no 3º e outra no 4º ano, do 1º ciclo. Adquiriu o mecanismo da escrita e da leitura tardiamente, aos oito anos de idade, apresentando, hoje, muitas lacunas nestas áreas. Em 2005, devido à referência de “bloqueios” no seu desempenho escolar, havendo a suspeita de epilepsia-ausências, a aluna foi consultada por um neurologista. A discente realizou uma TAC que não acusou qualquer lesão neurológica. No ano letivo de 2009/2010 a aluna foi transferida de turma, por ser vítima de bullying por parte dos seus pares.

Dificuldades apresentadas e características pessoais: Manifesta interesse e motivação pelas atividades escolares em geral, apesar de revelar uma aparente atitude apática. Apresenta problemas generalizados ao nível da linguagem expressiva e compreensiva, no raciocínio lógico e abstrato, na leitura e na escrita. Tem dificuldade em manter a atenção/concentração numa tarefa e as áreas da autonomia e socialização apresentam algum comprometimento. Revela ainda problemas motores.

Manifesta poucos interesses extracurriculares, preferindo isolar-se na residência familiar.

Serviços de apoio: Desde os 4 anos que a aluna usufrui de apoio psicológico, através do Centro de Saúde local. Atualmente é acompanhada pelo psicólogo da escola. Desde o ano letivo de 2000/2001 que é acompanhada pelos serviços de Educação Especial, usufruindo das medidas educativas de apoio pedagógico personalizado e de um Currículo Específico Individual, de acordo com o Decreto Legislativo Regional 33/2009/M, de 31 de dezembro, artigo 28.º, ponto 2. Foi implementado, no presente ano letivo, um Plano Individual de Transição (artigo 26.º), estando a aluna a usufruir de uma experiência pré-profissional, na área da limpeza e atendimento ao público, no bar da escola que frequenta. Usfrui ainda de apoio pedagógico acrescido às áreas curriculares disciplinares de Matemática e Língua Portuguesa. Goza ainda de apoio motor, facultado por um técnico especializado.

3.8. Recolha dos dados

As perguntas contidas na entrevista dos jovens visam estimular os entrevistados a falarem sobre as suas necessidades, conhecimentos e vivências no que diz respeito à temática da sexualidade. Neste sentido, todos os jovens foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos da presente pesquisa. Foi solicitada previamente autorização à Presidente do Conselho Executivo da escola que frequentam, assim como aos Encarregados de Educação dos jovens, para a realização da entrevista, conforme apêndices A e B, respetivamente.

A pesquisadora entrevistou os jovens individualmente no gabinete dos serviços de Educação Especial, de modo a poder garantir a privacidade necessária, tendo em conta o teor das perguntas. As entrevistas foram gravadas, com a devida autorização dos alunos e encarregados de educação. A entrevistadora seguiu o guião da entrevista (apêndice C), acrescentando outras questões, sempre que considerava pertinente, ou mesmo, alterando a sua ordem no decorrer da mesma. Atendendo às características particulares

destes jovens, houve a necessidade de adaptar o discurso à linguagem compreensiva dos mesmos, facilitando-lhes a verbalização e a compreensão daquilo que lhes era solicitado.

Após a audição e transcrição das respostas obtidas pelos alunos, procedeu-se à análise qualitativa das entrevistas. Os relatos, ou as partes mais relevantes dos relatos para o presente estudo, foram transcritos na íntegra.

Seguiu-se o mesmo procedimento para as entrevistas efetuadas aos encarregados de educação e docentes de Educação Especial que fizeram parte da amostra do nosso estudo (apêndices D e E).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS DOS JOVENS PORTADORES DE DM

4. Apresentação dos resultados

Neste capítulo procederemos à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas semiestruturadas realizadas a três alunos com DM.

Com o objetivo de coadjuvar o estudo e uma melhor compreensão dos dados obtidos, apresentamos as respostas da entrevista em quadros, organizados por temas e categorias. Esta foi a estrutura padrão escolhida para apresentar os resultados recolhidos em todo o estudo.

Os dados obtidos através da entrevista são integral e literalmente transcritos. Faremos uma análise exploratória do conteúdo transcrevendo as frases ou expressões mais significativas para o estudo em causa. Garantimos a fidelidade e validade de todas as respostas aqui apresentadas.

Gostaríamos de frisar que os dados obtidos neste estudo não têm como fim a sua generalização porque a amostra é limitada a três sujeitos portadores de DM. O objetivo principal desta investigação não é verificar ou testar uma hipótese ou teoria preexistente mas edificar um esquema teórico da compreensão de uma realidade concreta, ou seja, constatar quais *os conhecimentos e as necessidades de indivíduos portadores de DM no que concerne à vivência da sua sexualidade*.

Neste sentido, no decorrer do processo de análise dos dados, procurou-se perceber a existência de semelhanças ou diferenças nos relatos dos três alunos em relação à temática em questão.

Organizamos a análise do conteúdo em dez partes distintas que, por sua vez, foram agrupadas em diferentes categorias, cada uma composta por uma ou duas questões, que permitem aferir o pretendido através deste estudo.

PARTE I – Sentimentos, emoções e afetividade

Quadro 1 – Quadro comparativo: Amizade.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|-----------|--------------------|---|---|--|
| Amizade | O que é a amizade? | “É uma palavra de família.” Porquê? “Porque são respeitadas.” Quem são os teus amigos? “professores, colegas, funcionários...” | “Andar com os amigos. Ir à praia, dar uma volta...ao calhau, e isso.” | “É contar coisas.” “É ser amiga, então?” Quem são os teus amigos? A professora de Educação Especial e a Mariana.” |

Na análise à primeira categoria, constatamos que os relacionamentos afetivos dos sujeitos são muito reduzidos, limitando-se ao contexto escolar. Fora deste contexto, apenas o sujeito 2 parece manter uma boa interação social, afirmando sair com os amigos. O aluno 1 menciona apenas os professores, funcionários da escola e colegas como fazendo parte do seu núcleo de amizades. O sujeito 3 apresenta uma postura semelhante, referindo-se à docente de Educação Especial e a uma amiga como o núcleo central das suas relações de amizade.

Quadro 2 – Quadro comparativo: Afetividade e sentimentos em relação aos progenitores.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|--|---|--|---|
| Família | Como é que mostras que gostas dos teus pais? | “Amizade, carinho, respeito...” “Dou muitos beijinhos à minha mãe...e ao meu pai. À minha avó também” | “Dou abraços e carinhos.” “Com o meu pai é diferente...tou mais à vontade para falar de coisas. Com a minha mãe não falo tanto.” | “Dou beijinhos.” “Gosto deles. A minha mãe...é boa para mim.” |

Em relação aos sentimentos e afetividade nutrida em relação aos progenitores, denotou-se muita dificuldade por parte dos alunos em verbalizar as suas emoções, sentimentos e afetos.

Todos os sujeitos conseguiram verbalizar manifestações de afeto e carinho em relação aos pais. Curiosamente o entrevistado 1 engloba a avó, não percebendo a pergunta, ou por nutrir o mesmo tipo de sentimentos em relação à mesma, pois a avó materna já habitou na sua residência.

No que concerne à manifestação de afeto em relação aos progenitores, o sujeito 2 revelou um tom de voz, mais doce e calmo, e uma expressão facial diferente (brilho muito peculiar nos olhos) ao referenciar-se ao pai, denotando-se um excelente relacionamento com o mesmo, tanto afetivo como de companheirismo.

PARTE II – Sentimentos em relação ao namoro

Quadro 3 – Quadro comparativo: Sentimentos em relação ao namoro.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Namoro | Tens, ou já tiveste, namorado (a)? | “Não, mas gostava de ter.” | “Já tive namorada. Agora não” | “Não” Gostavas de ter namorado? “Não sei.” |
| | O que é namorar? | “É dar um beijo na boca” “Uma pessoa que gosta da outra” “Sentimentos.” | “É dar beijos, dar uma volta.” | “Dão beijinhos.” “Deve ser bom.” |

Como primeira análise das respostas obtidas, verificamos que todos os entrevistados têm uma noção de namoro associada ao afeto e sentimentos, não o relacionando com o ato sexual propriamente dito. O sujeito 3 revela curiosidade relativamente ao namoro.

Quanto a relacionamentos amorosos, o sujeito 2 é o único a afirmar que já teve namorada, revelando alguma facilidade em estabelecer interações sociais. Os sujeitos 1 e 3 nunca namoraram.

PARTE III – Sentimentos em relação ao casamento e maternidade/paternidade

Quadro 4 – Quadro comparativo: Sentimentos em relação ao casamento.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|--------------------|--|---|--|
| Casamento | Gostavas de casar? | “Sim.” Porquê? “Para ir à igreja.” | “Gostava.” Porquê? “Não sei.” | “Quando for grande...sim.” Porquê? “Tinha filhos...e assim.” |

Em relação ao casamento, todos os sujeitos manifestam vontade de o concretizar. O aluno 1 fantasia um pouco a questão, reduzindo-a à cerimónia religiosa. O aluno 3 associa o matrimónio ao ato de procriação.

Contudo, não conseguimos aferir se os sujeitos entrevistados têm consciência, ou não, do significado do conceito de matrimónio.

Quadro 5 – Quadro comparativo: Sentimentos em relação à maternidade/paternidade.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|-----------------------------|-------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Maternidade/ Paternidade | Gostavas de ter filhos? | “Gostava muito.” “Três filhos...era bom...” | “Não sei...sim.” “Deve ser fixe.” | “Sim.” Quantos filhos gostarias de ter? “Não sei, muitos.” |

Na análise das respostas obtidas nesta categoria, verifica-se uma homogeneidade de opiniões face ao desejo de um dia desempenharem o papel de mãe ou pai por parte dos sujeitos inquiridos. Os indivíduos 1 e 3 manifestam o desejo de constituir uma família numerosa.

PARTE IV – Conhecimentos sobre o funcionamento do corpo e reprodução

Quadro 6 – Quadro comparativo: Conhecimentos sobre o funcionamento do corpo.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------------|--|---|---|------------------------------|
| Funcionamento do Corpo | Sabes o que é a menstruação (período)? | “É o período.” “É sangue.” “Ponho um penso.” | “Já ouvi essa palavra, mas agora não tou...” “Quando a mulher sente maldisposta e isso. Depois quando ela faz chichi faz sangue.” | “Sai sangue e dói a barriga” |
| | Sabes o que é o óvulo e o esperma? | “O óvulo é o ovo da gravidez” “Esperma...não sei” | Óvulo – “Não sei.” Esperma – “Sei mais ou menos. É...sai do pênis.” | “Não sei.” |

Em relação aos conhecimentos sobre sexualidade, nomeadamente sobre o funcionamento do corpo, apercebemo-nos de que os inquiridos possuem poucos e incorretos conhecimentos em relação à temática. O sujeito 2 revelou muita dificuldade em responder à questão sobre a menstruação, por desconhecer o fenómeno biológico em causa. Os sujeitos 1 e 2 sabem o que é a *menstruação*, apesar das dificuldades que manifestam ao nível da linguagem expressiva.

Quanto à segunda questão, apenas o sujeito 2 sabe o que é o *esperma*, desconhecendo, no entanto o que é o óvulo. O sujeito 3 desconhece completamente estes conceitos e o sujeito 1 tem uma noção, apesar de muito vaga e algo enviesada, do significado de *óvulo*, não sabendo o significado da palavra *esperma*.

Quadro 7 – Quadro comparativo: Conhecimentos sobre reprodução.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|----------------------------|---|---|--|
| Reprodução | Sabes como se faz um bebé? | “Faço um teste de gravidez.” “É um casal que faz sexo.” | “É sexo.” “Espermatozoides.” “Tem que ir para dentro da mulher, depois vai...os óvulos...Não sei mais.” | “Não sei.” “É preciso relações sexuais.” |

Relativamente à gravidez, ou seja conhecimentos sobre reprodução humana, os sujeitos inquiridos revelaram, uma vez mais, serem detentores de informações incorretas, deturpadas ou insuficientes. Todavia, todos os entrevistados têm a noção de que é necessário haver relações sexuais para se fazer um bebé.

PARTE V – Atitudes e valores em relação a relacionamentos sexuais

Quadro 8 – Quadro comparativo: Atitudes e valores em relação a relacionamentos sexuais.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|---|---|---|---|
| Relações sexuais | Com que idade podes ter relações sexuais? | “Aos 18 anos.” | “A partir dos 20.” | “Aos 20, quando casar.” |
| | O que é ter relações sexuais? | “Uma pessoa que gosta da outra.” “Ir para a cama com a outra pessoa.” | “É na cama com a namorada e depois acontece...” “O que acontece?” “sexo.” | “Então...é relações sexuais.” Consegues explicar-me melhor? “São os namorados, fazem...na cama.” |

Na análise à primeira resposta obtida nesta categoria, verifica-se uma homogeneidade de opiniões face à idade que consideram aceitável para iniciarem a sua vida sexual, ou seja, quando atingirem a maioridade.

As relações sexuais estão intimamente ligadas a sentimentos e ao namoro, para os sujeitos 1 e 3. O sujeito 2 vai mais longe, associando-as também ao ato sexual.

Todavia nenhum dos inquiridos soube explicar claramente o significado de *relações sexuais*. Todos referem que é estar na cama com a/o namorada/o. Apenas o sujeito 2 associa *relações sexuais* a sexo.

PARTE VI – Conhecimentos sobre métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis

Quadro 9 – Quadro comparativo: Conhecimentos sobre métodos contraceptivos.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------------|--------------------------------|--|---|--|
| Métodos Contraceptivos | Para que serve a pílula? | “Para matar o bebé.” “Para não engravidar. É a mulher que usa.” | “É a mulher que toma.” “Tem a ver com o período.” | “Não sei, mas a minha mãe usa... acho que usa.” |
| | Para que serve o preservativo? | “O preservativo é um balão.” “Serve para fazer sexo.” Quem usa o preservativo? “O homem e a mulher usam.” | “Para não correr riscos e para não ter filhos.” | “A professora de ESA levou para a aula. Sopra-se e depois... não sei como se faz.” |

Nesta categoria, os entrevistados deste estudo revelaram, uma vez mais, desconhecimento em relação a aspetos relacionados com a sexualidade, nomeadamente em relação aos métodos contraceptivos mais comuns. O sujeito 1 revela um conhecimento erróneo sobre o uso da pilula, afirmando que esta é usada para “matar o bebé”, e o

preservativo é “um balão”. Apesar de revelar dificuldades expressivas, o sujeito 2 tem uma noção acerca do uso do preservativo. O sujeito 3 manifesta desconhecimento total face à temática em análise.

Quadro 10 – Quadro comparativo: Conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|-----------------------|--------------------------------|--|----------------|
| DSTs | Sabes o que é a Sida? | “É uma doença. É como cancro.” | “Pode passar de uma pessoa para outra. Quem tem pode passar para outra.” “É uma doença.” | “Não sei.” |

O sujeito 3 desconhece a doença, revelando falta de conhecimentos em relação às doenças sexualmente transmissíveis. Os alunos 1 e 2 revelam ter alguns conhecimentos sobre esta temática, mesmo que muito rudimentares.

PARTE VII – Perceção sobre autonomia pessoal

Quadro 11 – Quadro comparativo: Perceção sobre autonomia pessoal.

| Categoria | Categoria | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|------------------------------------|
| Autonomia Pessoal | Escolhes as tuas roupas sozinho (a)? | “Eu, mas às vezes é a minha mãe.” | “Sim.” | “Sim.” “Tem dias que a mãe ajuda.” |
| | Tomas banho sozinho (a)? | “Com a ajuda da minha mãe.” | “Sim.” | “Sim.” |

Apenas o sujeito 2 é completamente autónomo no que diz respeito às tarefas diárias de higiene pessoal e autocuidado, talvez porque os seus pais promovam esta autonomia pessoal na sua vida quotidiana, incutindo-lhe, inclusive, hábitos saudáveis através da prática de modalidades desportivas (ténis de mesa e badminton), mesmo apresentando problemas motores.

O sujeito 1 é o que apresenta um maior comprometimento ao nível da autonomia nas atividades da vida diária, denotando uma incapacidade para executar tarefas básicas como o vestir, calçar ou tomar o seu banho diário, dependendo do adulto que dele cuida, a mãe.

O sujeito 3, manifesta alguma autonomia. Não obstante, revela ainda alguma dependência por parte da progenitora.

PARTE VIII – Percepção sobre o abuso sexual

Quadro 12 – Quadro comparativo: Percepção sobre o abuso sexual.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|------------------|---|--|---|--|
| Abuso Sexual | Deixas que alguém mexa no teu corpo? | “Não, fugia logo.” | “Sim, o meu pai e a minha mãe.” Se uma pessoa desconhecida tentasse mexer no teu corpo, o que farias? “Uma pessoa desconhecida? Não, dava um soco nela.” | “Não.” |
| | O que farias se alguém tentasse ter relações sexuais contigo? | “Empurro essa pessoa, fujo e chamo a polícia.” | “Na minha idade? Não...Claro que não.” | “Ai... Não sei.” “Tinha que fugir.” |

O sujeito 2 não percebeu inicialmente a primeira pergunta desta categoria, sendo necessário a investigadora elaborar uma segunda questão para obter uma resposta com outra dimensão. A resposta a esta questão foi homogênea, sendo que os alunos 1 e 3 não hesitaram nas suas respostas e o aluno 2 revelou alguma agressividade através de gestos e palavras, não admitindo, em circunstância alguma, a ocorrência de tal situação.

Na segunda questão, todos os sujeitos foram perentórios ao afirmar que tentavam escapar e o sujeito 1 chamava a polícia. O único inquirido que hesitou na resposta à segunda questão foi o sujeito 3.

PARTE IX – Educação Sexual Informal

Quadro 13 – Quadro comparativo: Educação Sexual Informal

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|--------------------------|---|---|---|---------------------------|
| Educação Sexual Informal | Quem já te deu informações sobre a sexualidade? | “A professora de ESA, a professora de educação Especial, o médico, os colegas.” “Os rapazes.” | “Os professores.” | “Os professores.” |
| | A tua família, professores ou amigos falam-te sobre o tema “Sexualidade”? | “Sim. Falo com o meu irmão, o meu pai, a minha mãe. Falo com alguns professores” | “Os amigos falam bastante. Mais de gajas.” E os teus professores? “Já falaram.” E os teus pais? “Também falam mas não assim tanto.” | “Não falo dessas coisas.” |

Inicialmente todos os sujeitos afirmaram obter informações na área da sexualidade apenas em contexto escolar através dos seus professores, à exceção do aluno 1 que também recebe informações dos colegas e do médico. Na segunda questão, os sujeitos 1 e 2 referem conversar sobre o assunto com amigos e família. O aluno 3 não fala sobre sexualidade e, do mesmo modo, não apresenta qualquer dúvida ou curiosidade face ao tema.

Por outro lado, o sujeito 1, apesar de pertencer ao sexo feminino, afirma obter informações sobre sexualidade com os colegas do sexo masculino.

PARTE X – Educação Sexual Formal

Quadro 14 – Quadro comparativo: Educação Sexual Formal.

| Categoria | Questão | ALUNO 1 | ALUNO 2 | ALUNO 3 |
|-------------------------------|--|--|---|---|
| Educação Sexual Formal | O que aprendes nas aulas de ESA? (Educação para a Sexualidade e Afetos?) | “Como se põe o preservativo?” “Como se faz um teste de gravidez?” | “Sei lá...agora...” “Não sei.” | “Não sei.” |
| | Tens alguma dúvida sobre sexualidade? | Não sei... Não te lembras de nada daquilo que aprendeste nas aulas de ESA? Usar o preservativo. Aqueles comprimidos que...para não engravidar. Aqueles comprimidos...é a pilula. | O que é isso de ESA? É a disciplina de Educação para a Sexualidade e Afetos. Já foste a essas aulas? Ahhhh sim. Falamos sobre o que a gente tem no corpo, e depois... Não me lembro. Foi muita coisa...mas agora não me lembro. | Coisas...sobre sexo. Os rapazes fazem perguntas...a gente ri. Percebes tudo aquilo que a professora diz nessas aulas? Às vezes...não sei. É muita coisa. |

Apenas o sujeito 1 apresenta o desejo de ver as suas dúvidas esclarecidas no âmbito da sexualidade. Os sujeitos 2 e 3 não apresentaram qualquer dúvida ou curiosidade relativamente ao tema.

Na segunda questão, os alunos revelaram incapacidade em enunciar qualquer tema abordado nas aulas de ESA. Apenas o sujeito 1 referiu os métodos contraceptivos mais comuns, apesar das dificuldades manifestadas na linguagem expressiva.

4.1. Conclusões da análise qualitativa das entrevistas aos jovens portadores de DM

Atendendo aos resultados obtidos e anteriormente apresentados, verificamos que, os três jovens com DM que fazem parte da nossa amostra, possuem conhecimentos incorretos ou deturpados e muito superficiais acerca das várias dimensões da sexualidade.

Em relação à primeira parte da entrevista, “sentimentos, emoções e afetividade”, verificou-se que o leque de relacionamentos afetivos dos entrevistados é reduzido, limitando-se ao contexto escolar. Na verdade, ao nível da dimensão social, estes jovens evidenciam dificuldades em interagir com outros jovens da mesma idade fora do contexto escolar. Nesta perspetiva, sabemos que as pessoas com DM manifestam falta de autonomia, dificuldades na socialização e em adaptar-se a contextos normalizados. Além disso, são uma população que, regra geral, vive segregada na residência familiar ou em instituições, sendo reduzidas as interações com elementos da sociedade. Sainz & Mayor, citados por Pacheco & Valência (1997), referem os problemas nas relações sociais como uma das principais dificuldades identificadas nesta população.

Além disso, Ferreira & Lapa referem que os alunos portadores de algum tipo de deficiência são, regra geral, mais ignorados pelos seus pares, sendo que apenas um terço destas crianças são procuradas para integrarem nas brincadeiras (APF, 2005).

Quanto à segunda questão desta categoria, todos os sujeitos entrevistados revelaram sentimentos de afeto e carinho em relação aos pais, apesar de manifestarem muita dificuldade em verbalizar os seus sentimentos, emoções e afetos. Todavia, esta dificuldade não é sinónima de incapacidade de expressá-los, pois sabemos que os deficientes mentais apresentam um comprometimento ao nível da linguagem expressiva (Pacheco & Valência, 1997, Pan, 2003).

A segunda parte da entrevista aborda a questão do namoro, associado pelos inquiridos a sentimentos de afeto e carinho, não fazendo qualquer referência ao ato sexual propriamente dito. Na realidade “A sexualidade humana move-se num plano superior ao meramente biológico e se transforma assim numa relação de amor e intimidade, numa forma de comunicação das mais privilegiadas” (Pan, 2003:146).

Contudo, apenas o jovem do sexo masculino afirmou que já teve um relacionamento afetivo com uma jovem do sexo oposto, sendo o inquirido que manifesta maior facilidade em estabelecer relações interpessoais. Esta é uma questão que nos remete para outra questão, a da autoestima nos indivíduos portadores de DM. Todos os

seres humanos, incluindo os deficientes mentais, gostam e necessitam de estabelecer relações interpessoais e interagir com os outros, contudo têm plena noção das suas diferenças, situação que pode culminar no desenvolvimento de um autoconceito e autoimagem negativa e situações de ansiedade (Buscaglia, 1997, in Maia & Aranha, 2005). Buscaglia refere ainda que “se a pessoa com deficiência puder vivenciar uma maior interação social, relacionando-se com outros jovens na sala de aula ou em outras atividades, é provável que ela queira namorar, como os demais colegas o fazem” (p.2).

Na terceira parte da nossa entrevista analisamos os sentimentos manifestados pelos inquiridos em relação ao matrimónio e à maternidade ou paternidade. Todos os jovens manifestam a intenção de casar. As respostas foram igualmente unânimes no que diz respeito ao desejo de um dia terem filhos.

De facto, **todos** os seres humanos têm o direito de constituir família, sendo este um direito social “e, portanto, também [daqueles] que são portadores de deficiência” (cf. Vieira & Pereira, 2010:31). Contudo, os mesmos autores constataam que ainda existem tabus e barreiras impeditivas para que o deficiente adulto usufrua deste direito na sua plenitude. Pan (2003) refere que a questão da maternidade e paternidade na DM é muito controversa. Se por um lado esse é um direito que assiste a qualquer ser humano, por outro lado, o novo ser deve conviver num ambiente que reúna “condições favoráveis ao desenvolvimento das potencialidades do indivíduo” (Pan, 2003:375-376). Ora, sabemos que a grande maioria dos portadores de DM não possui competências pessoais e sociais para exercer uma função com esta dimensão.

Os conhecimentos revelados pelos jovens entrevistados sobre o funcionamento do corpo, reprodução humana, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, verificados nos capítulos IV e VI são francamente insuficientes, incorretos ou enviesados. Ora, são estas respostas que nos obrigam a refletir sobre a falta de Educação Sexual em contexto escolar, não descurando do contexto familiar que, neste âmbito, na maioria dos casos desempenha um papel nulo, por falta de conhecimentos ou vergonha e pudor, numa grande percentagem de famílias.

Na opinião de Glat (1992), citada por Maia & Aranha (2005), reportando-se a crianças e jovens portadores de DM, “a pouca informação a respeito de aspetos básicos da sexualidade, reflete uma Educação Sexual repressora, proibitiva e silenciosa, e também um acumulo de informações mal esclarecidas e deturpadas” causadas pela “infantilização e o isolamento social, e não pelo seu quociente intelectual ou problema neurológico que os impedem de viver uma vida amorosa plena e satisfatória” (p.2). Neste

sentido, MaCabe, citado por Pinheiro (2004), defende que qualquer programa de Educação Sexual deve contemplar áreas como: identificação de partes do corpo, menstruação, aparelho reprodutor (feminino e masculino), reprodução, entre outros assuntos igualmente pertinentes.

Na parte V da entrevista, os inquiridos foram unânimes em considerar que a vida sexual ativa não se deve iniciar antes dos dezoito anos. Este adiamento da iniciação da vida sexual, deve-se, em parte, ao facto da idade mental de indivíduos portadores de DM não corresponder à sua idade biológica. Os alunos foram ainda questionados sobre o significado de *relações sexuais*. Nenhum dos entrevistados soube explicar com clareza o significado de *relações sexuais* o que indicia a falta de experiências vivenciadas nesta dimensão, pois a maioria destes jovens é alvo de atitudes repressivas e segregados pela família e pela sociedade, não permitindo um desenvolvimento pleno do indivíduo em todas as dimensões da vida. Consequentemente, a ausência de momentos privados e íntimos, bem como a falta de oportunidades de se relacionarem com outros jovens em contextos normalizados, dificultam o aparecimento de determinadas condutas sexuais e relações com outras pessoas.

Quando analisamos os dados relativos à VII parte da entrevista, referente à autonomia pessoal, constatamos que apenas um aluno afirma não necessitar de ajuda na execução de tarefas diárias de higiene pessoal e autocuidado. Neste âmbito, uma aluna assume necessitar da mãe para assegurar os seus cuidados básicos como o vestir, calçar e tomar banho, apresentando maiores limitações no grau de autonomia face aos restantes inquiridos. Um dos jovens revela autonomia em relação à realização da sua higiene pessoal mas não dispensa o auxílio da progenitora na escolha das suas roupas.

Ora o comportamento adaptativo é um dos critérios essenciais na avaliação do diagnóstico da DM, encontrando-se associado ao fator socio emocional individual, e intimamente associado a uma incapacidade de executar atividades rotineiras do dia-a-dia, nas quais se incluem tarefas como “a higiene/utilização da casa de banho, vestuário, alimentação” (Santos & Morato, 2002:33), ou seja, a sua autossuficiência apresenta-se gravemente comprometida. Segundo o mesmo autor, os deficientes mentais podem apresentar incapacidades totais ou parciais noutras áreas da vida diária como: atividade da casa, responsabilidade, nomeadamente no que diz respeito à tomada de decisões, saúde/segurança, atividades académicas e emprego.

Na opinião de Grossman (1977), citado por Santos & Morato (2002) o CA refere-se ao “atingir do nível de independência e responsabilidade pessoal, dentro dos padrões esperados para a sua idade e grupo cultural” (p.98).

Quanto à percepção sobre o abuso sexual, analisada na parte VIII da entrevista, todos os inquiridos foram perentórios em afirmar que não permitiriam que uma pessoa desconhecida mexesse no seu corpo.

Em relação à segunda questão desta categoria, todos os entrevistados responderam que tentavam escapar se alguém ousasse ter relações sexuais com eles. Um dos sujeitos referiu ainda que procuraria ajuda, ou seja, chamava a polícia, revelando ter interiorizado os procedimentos corretos a ter caso seja vítima de abuso sexual. De facto, e como referem Bezerra e Macário (2012:98), os jovens devem “desenvolver estratégias de atuação perante aproximações abusivas” nomeadamente “dizer não! Ir embora! Contar a alguém de confiança” ou denunciar o agressor às forças de autoridade da sua área de residência. Um dos sujeitos vacilou na sua resposta, revelando pouca segurança, o que nos indica que existe a probabilidade de este jovem não ter sido devidamente alertado para o perigo em estabelecer contactos com pessoas desconhecidas, nem recebeu orientações para se prevenir relativamente a abusos sexuais.

Quanto a esta matéria, convém salientar que os indivíduos portadores de DM são mais suscetíveis de serem vítimas de abusos sexuais por manifestarem dificuldades na linguagem expressiva, pelas suas características ao nível cognitivo e por se encontrarem numa situação de maior dependência de terceiros. Desta forma, estes indivíduos, com maior incidência nos deficientes mentais que apresentam um maior comprometimento, encontram-se mais vulneráveis ao abuso sexual, estando, consequentemente, mais vulneráveis a contrair uma doença sexualmente transmissível. De acordo com Frade et al. (1999:13), as situações de abuso sexual “caraterizam-se por uma incapacidade das vítimas em romperem o cerco e pedirem ajuda”. Os mesmos autores defendem que uma Educação Sexual apropriada e devidamente direccionada poderão atenuar ou evitar situações de violação e abuso sexual.

Os deficientes mentais, devido ao seu funcionamento cognitivo, manifestam igualmente dificuldade em revelar uma “conduta assertiva (esperada e adequada) (...) regida pelas normas sociais sugerindo diferentes condutas consoante as situações com que os sujeitos se deparam” (Caballo, 1993, in Santos & Morato, 2002:51-52).

Na análise às questões colocadas aos jovens na parte IX da entrevista, verificamos que todos os alunos já receberam informações sobre a temática da sexualidade através dos seus professores. Apenas um aluno afirma que a sua fonte de informações é o médico de família e os colegas. Ora, esta jovem, apesar de pertencer ao sexo feminino, afirma obter informações sobre sexualidade com os colegas do sexo masculino. No ano letivo transato, a docente especializada de Educação Especial sugeriu que a referida aluna frequentasse as aulas do Projeto ESA, pois considerou-se benéfico a mesma obter conhecimentos nesta área. Contudo, o resultado revelou-se catastrófico, pois a aluna não assimilou a informação de forma adequada, talvez por a linguagem e a informação transmitida não serem ajustadas às suas características individuais.

Ora, a educação sexual informal é promovida pelas pessoas que fazem parte do núcleo familiar, de amigos, etc. Os pais são, de facto, agentes educativos com um papel importante no processo de aquisição da identidade sexual, além do papel do género, por representarem, para as crianças, figuras com as quais se identificam e nutrem um carinho muito especial.

Todavia, por fazerem parte da mesma faixa etária e revelarem interesses comuns, os pares são claramente a fonte de informação por excelência em assuntos de índole sexual.

Na nossa entrevista os jovens foram questionados, na parte X, sobre os conteúdos abordados nas aulas do projeto ESA. Todos manifestaram dificuldade em verbalizar ou lembrar-se dos assuntos trabalhados nessas sessões, revelando claramente um *deficit* de memória a curto, médio e longo prazo (problemas ao nível da memória ativa e semântica) (Sainz & Mayor, 1989, in Pacheco & Valência, 1997). Todavia as sessões do projeto ESA estão direccionadas para os alunos em geral. Ora, devido aos défices linguísticos, cognitivos, sociais e afetivos que os alunos com DM apresentam, o processo de transmissão de conhecimentos deve obedecer a uma abordagem pedagógica apropriada e diferenciada e à implementação de uma metodologia igualmente adequada a este público.

À Educação Sexual formal corresponde um conjunto de ações, programas e projetos devidamente organizados, bem estruturados, sistemáticos e intencionais cujo objetivo é o de promover a veiculação de informações relevantes, proporcionar um conjunto de conhecimentos organizados aos jovens, em contexto escolar ou institucional.

“Em síntese, quando falamos de Educação Sexual, de programa de Educação Sexual, estamos a utilizar um conceito global abrangente de sexualidade que incluiu a

identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade et al., 1999:13).

Esta educação sexual, de caráter intencional, favorece o desenvolvimento salutar da personalidade das crianças e jovens e ajuda a colmatar algumas falhas da educação sexual informal. No entanto, os deficientes mentais necessitam de uma educação sexual formal devidamente orientada à sua idade mental, onde conceitos como individualização, adaptação e personalização devem imperar.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DOS JOVENS PORTADORES DE DM

5. Apresentação dos resultados

Conforme foi expresso no capítulo referente aos jovens, aqui iremos apresentar, analisar e discutir os resultados dos dados recolhidos através das entrevistas semiestruturadas aplicadas aos encarregados de educação dos três alunos com DM, alvos do nosso estudo. Os dados obtidos serão também apresentados através de quadros, organizados por temas e categorias. Faremos uma análise exploratória do conteúdo transcrevendo as frases ou expressões mais significativas para o estudo em causa.

Consideramos pertinente salientar que na amostra de encarregados de educação, a percentagem de pais do sexo masculino é inexistente, pois a educação ainda continua a ser socialmente aceite como uma função particularmente feminina.

No decorrer do processo de análise dos dados, procurou-se perceber a existência de semelhanças ou diferenças nos relatos dos três encarregados de educação para que possamos aferir o papel da família na transmissão de informações e conhecimentos de índole sexual aos jovens portadores de DM.

Organizamos a análise do conteúdo em nove partes distintas que, por sua vez, foram agrupadas em diferentes categorias, cada uma composta por duas, três ou quatro questões, que permitem aferir o pretendido através deste estudo.

Passamos à apresentação dos resultados dos encarregados de educação, analisando cada questão proposta aos inquiridos através da entrevista.

Idade dos encarregados de educação

As idades dos três encarregados de educação entrevistados são muito homogêneas: 42, 44 e 45 anos.

Escolaridade dos encarregados de educação

Em termos de escolaridade, uma mãe possui o 2º ano e duas o 4º ano de escolaridade.

Situação conjugal dos encarregados de educação

Todos os encarregados de educação são casados.

Situação profissional dos encarregados de educação

Uma encarregada de educação trabalha numa lavandaria, sendo as outras duas domésticas.

Filhos

Uma progenitora tem dois filhos e duas têm três filhos. Desses filhos apenas um é portador de DM e pertence à nossa amostra.

PARTE I – Sentimentos, emoções e afetividade

Quadro 15 – Quadro comparativo: Sentimentos, emoções e afetividade.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|------------------|---|---|---|--|
| Afetividade | A/O sua/seu filha(o) costuma demonstrar-lhe afeto? De que forma? | “Ela é muito carinhosa. Dá beijinhos...e assim.” | “Muito. Quando ele tá bem disposto, agarra-me, dá beijos, diz que gosta da mãe...” | “Mais ou menos. Dá beijos.” |
| | Acha que a/o sua/seu filha(o) é capaz de estabelecer uma relação afetiva estável com um jovem do sexo oposto? Porquê? | “Não. Eu gostava que ela tivesse um namorado mas...sei que não tem juizinho para isso.” | “Essa é uma pergunta que não lhe sei responder. Gostar, eu gostava... Ninguém diz que ele tem este problema. Para mim ele é perfeito, só puxa daquela perna.” | “Sim. Acho que ela gosta de um rapaz.” |

Como se pode observar no quadro 18, todas as mães entrevistadas referem que os seus educandos têm demonstrações de afeto no dia-a-dia. Quanto à segunda questão desta categoria, uma mãe considera que a filha apresenta um comprometimento que a impedirá de estabelecer um relacionamento afetivo estável. Uma mãe afirma que a filha é capaz de estabelecer um relacionamento afetivo estável e outra não tem a certeza.

PARTE II – Sentimentos em relação ao namoro e casamento

Quadro 16 – Quadro comparativo: Sentimentos em relação ao namoro e casamento.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|------------------|---|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | A/O sua/seu filha(o) já teve ou tem namorado (a)? | “Não.” | “Olhe, não sei mas ele diz que sim.” | “Acho que nunca teve namorado.” |

| | | | | |
|-------------------|--|--|---|---|
| Relações amorosas | Aceitaria que a/o sua/seu filha/o casasse? Porquê? | “Casar? Isso não vai acontecer. Ela não é capaz de cuidar de uma casa, não.” | “Acho que sim. O problema era arranjar um emprego. ...para sustentar a casa.” | “Claro que sim. Porque é normal os jovens casarem.” |
|-------------------|--|--|---|---|

Quanto à primeira questão, as encarregadas de educação dos sujeitos 1 e 3 afirmam que as filhas nunca tiveram um namorado. A mãe do aluno 2, apesar de manifestar incerteza, julga que o seu educando já teve um relacionamento amoroso.

Apenas a encarregada de educação do sujeito 3, manifesta claramente o desejo de a sua filha contrair o sacramento do matrimónio. A mãe do aluno 1 considera que essa situação nunca irá acontecer devido aos graves comprometimentos (cognitivos e no comportamento adaptativo) que a filha apresenta. A encarregada de educação do aluno 2 revela o desejo de o filho um dia casar, apesar de considerar que dificilmente o mesmo poderá garantir o sustento de uma família.

PARTE III – Sentimentos em relação à maternidade/paternidade

Quadro 17 – Quadro comparativo: Sentimentos em relação à maternidade/paternidade.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|----------------------------|--|--|---|---|
| Maternidade ou Paternidade | Gostava que a/o sua/seu filha/o tivesse filhos? Porquê? | Se ela tivesse um filho, eu é que ia cuidar do bebé. Mas gostava? Não, porque ela nem consegue cuidar dela própria. | “Gostava. Eu não me importava de cuidar do bebé. Ele tem jeito com o sobrinho, ia ter jeito com um bebé.” | “Sim, gostava. Porque ser mãe é o mais importante na vida de uma mulher.” |
| | Considera que a/o sua/seu filha/o tem competências para cuidar de um bebé/criança? Porquê? | Não. Ela tem aqueles movimentos brutos. Podia magoar o bebé. | “Sim. Ele já cuida do sobrinho.” | “Sim, acho que ela é capaz de cuidar de um bebé.” |

Em relação à questão da maternidade/paternidade, as encarregadas de educação dos alunos 2 e 3 manifestam o desejo de os seus educandos poderem desempenhar o papel de pai ou mãe no futuro. A mãe do sujeito 1 não corrobora da mesma opinião, pois considera que a sua educanda não apresenta competências pessoais para ter um filho.

Quanto à segunda questão, as mães dos alunos 2 e 3 consideram que os seus filhos apresentam competências pessoais que lhes permitem prestar os cuidados básicos

necessários a um bebê. A mãe do sujeito 1 tem uma opinião contrária, constatando ainda que a filha poderia ferir o bebê, mesmo que involuntariamente.

PARTE IV – Atitude perante a transmissão de conhecimentos sobre sexualidade

Quadro 18 – Quadro comparativo: Atitude perante a transmissão de conhecimentos sobre sexualidade.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|
| Transmissão de conhecimentos | Sente-se preparada/o para falar sobre sexualidade à/ao sua/seu filha(o)? | “Preparada, não. Mas falo com ela.” | “Nem por isso. Faltam-me as palavras. Mas falo quando é preciso.” | “Não.” |
| | Preocupa-se em falar sobre o tema da sexualidade com a/o sua/seu filha(o)? | “Falo muitas vezes. Tenho medo que alguma coisa aconteça, uma gravidez, assim...” | “Que eu vá buscar a conversa, não.” | “Sim, eu falo com ela.” |
| | Acha que deve melhorar a informação que possui acerca dos diferentes aspetos da sexualidade? | “Sim.” | “Sim.” | “Sim, há muita coisa que eu não sei.” |
| | Acha que a/o sua/seu filha(o) compreende as informações que lhe transmite sobre sexualidade? | “Às vezes. Ela percebe na hora mas depois tem aqueles comportamentos. Como no ano passado que tocou nas calças de um rapaz (zona do pénis).” | “Eu penso que sim. Mas eu não falo muito dessas coisas com ele.” | “Acho que sim.” |

De acordo com as respostas obtidas na primeira questão, nenhum dos inquiridos se sente à vontade para abordar temas de cariz sexual com os seus filhos. Contudo, as encarregadas de educação dos sujeitos 1 e 3 assumem abordar estes temas com as suas educandas. A mãe do sujeito 2 refere que não aborda estas temáticas, exceto se o filho fizer alusão às mesmas.

É unânime o desejo de todos os inquiridos melhorarem a informação que possuem no âmbito da sexualidade.

A encarregada de educação do sujeito 3 considera que as informações transmitidas sobre esta temática são bem assimiladas pela sua educanda. A mãe do sujeito 2 partilha da mesma opinião, apesar de não conversar muito sobre estas questões com o seu filho. Contrariamente, a mãe do sujeito 1 considera que, devido aos constrangimentos cognitivos, a filha revela dificuldade em compreender a informação veiculada.

PARTE III – Funcionamento do corpo e reprodução

Quadro 19 – Quadro comparativo: Funcionamento do corpo e reprodução humana.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|-------------------|--|--|---|--|
| Reprodução humana | Alguma vez transmitiu informações acerca do funcionamento do corpo, nomeadamente o que é a menstruação, o óvulo ou o esperma à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta. | “Ela sabe o que é a menstruação. Quando ela foi menstruada, eu expliquei. E o óvulo e esperma? Isso, nunca falei com ela.” | “Isso não. Não sei se o pai falou com ele, mas ele é pior do que eu.” | “A menstruação, sim. Os outros...também não sabemos explicar.” |
| | Já transmitiu informações sobre o aparelho reprodutor feminino e/ou masculino à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta. | “Não.” | “Não. Mas ele sabe essas coisas.” | “Não.” |
| | Alguma vez transmitiu informações à/ao sua/seu filha/o acerca da reprodução humana? Comente a sua resposta. | “Como nasce o bebé...sim.” | “Reprodução... gravidez e parto?” “Sim.” “Quando ele faz perguntas, se eu souber responder, respondo” | “Sim. Ela sabe como se faz um bebé.” |

As encarregadas de educação dos sujeitos 1 e 3 já conversaram sobre o ciclo menstrual mas nunca explicaram o que é o óvulo e o esperma. De acordo com a mãe do sujeito 3, esta informação nunca foi transmitida pois ela própria não saberia como fazê-lo. A mãe do sujeito 2 assume que não transmitiu estas informações ao seu educando.

Nenhum encarregado de educação inquirido transmitiu informações sobre o aparelho reprodutor feminino ou masculino.

Todas as mães referem já ter transmitido informações sobre a reprodução humana.

PARTE VI – Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis

Quadro 20 – Quadro comparativo: Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|-------------------------------|--|---|--|--|
| Métodos contraceptivos e DSTs | Já transmitiu informações sobre os métodos contraceptivos à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta. | “Já falei da pilula. A enfermeira no Centro de Saúde também fala com ela sobre esses assuntos.” | “Não. Só se foi em família, o irmão ou o pai. Às vezes essas conversas surgem e a gente fala.” | “Não, mas ela sabe o que é a pilula e o preservativo.” |
| | Alguma vez transmitiu informações sobre doenças sexualmente transmissíveis à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta. | “Quais?” “A sida por exemplo.” “Ah, sim já falei sobre esse assunto... uma vez quando falavam sobre isso na televisão. Não sei se ela percebeu o que é a sida.” | “Não.” | “Doenças... não, mas já lhe disse que uma mulher tem que se dar ao respeito e cuidar de si.” |

As encarregadas de educação dos sujeitos 2 e 3 referem que nunca transmitiram informações sobre os métodos contraceptivos nem sobre as infeções sexualmente transmissíveis. A mãe do sujeito 1 assume que já informou sobre o uso da pilula, bem como acerca da sida.

PARTE VII – Educação Sexual Formal

Quadro 21 – Quadro comparativo: Educação Sexual Formal.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|-----------|---|------------------------|--|-------------|
| Educação | “Na sua opinião, quem deve transmitir informações sobre educação sexual à/ao sua/seu filha(o)?” | “Os professores e eu.” | “A escola porque os professores estão mais informados. A família também ensina umas coisas.” | “A escola.” |

| | | | | |
|----------------------|--|--|--|---|
| Sexual Formal | Considera que o docente de educação especial desempenha um papel importante na transmissão de informação de caráter sexual à/ao sua/seu filha/o? Porquê? | Sim, a professora 1 falava muitas vezes com a minha filha. É melhor com a professora de Educação Especial, porque ela pode fazer perguntas sem vergonha. | “Sim, todos os professores da escola.” | “Também pode ser esse professor a falar destas coisas aos alunos. Eu até gostava, porque é uma mulher e a minha filha ia sentir-se mais à vontade.” |
|----------------------|--|--|--|---|

É unânime a ideia de que a escola deve transmitir informações sobre educação sexual. Não obstante, as mães dos sujeitos 1 e 2 constataam que a família também deve desempenhar um papel importante nesta tarefa educativa.

Todos os inquiridos manifestam concordância relativamente à importância que o docente de Educação Especial pode desempenhar na transmissão de conhecimentos de índole sexual.

PARTE VIII – Educação Sexual Informal

Quadro 22 – Quadro comparativo: Educação Sexual Informal.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| Educação Sexual Informal | Compete aos pais a transmissão de conhecimentos sobre educação sexual? Comente a sua resposta. | “Também. O meu marido não fala sobre esses assuntos, nem sequer com o filho que é rapaz. Eu é que falo com eles.” | “Sim, mas há coisas que a gente não sabe explicar.” | “Sim, a gente fala das coisas que a gente sabe.” |
| | Considera que a educação sexual informal (pais, meios de comunicação social, pares,...) desempenha o papel mais importante na transmissão de conhecimentos de índole sexual à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta. | “A mais importante, não. Os professores têm mais informações para dar aos alunos.” | “Para mim a escola é mais importante.” | “Também é importante. Hoje em dia eles aprendem muita coisa na televisão.” |

Os inquiridos consideram que os pais também devem transmitir conhecimentos sobre educação sexual. No entanto, as mães dos alunos 2 e 3 assumem a sua falta de conhecimentos deste cariz. A mãe do aluno 1 refere que essa tarefa foi-lhe incumbida pois o marido não se sente à vontade para transmitir conhecimentos desta envergadura.

As encarregadas de educação dos sujeitos 1 e 2 consideram que a escola é mais importante do que os pais, meios de comunicação social e amigos no que diz respeito à transmissão de conhecimentos de índole sexual. A mãe do sujeito 3 considera a televisão um bom veículo transmissor de conhecimentos deste cariz.

PARTE IX – Perceção sobre o abuso sexual

Quadro 23 – Quadro comparativo: Perceção sobre o abuso sexual.

| Categoria | Questão | EE aluno 1 | EE aluno 2 | EE aluno 3 |
|---------------------|---|--|---|-------------------|
| Abuso Sexual | Considera a/o sua/seu filha(o) mais vulnerável a ser vítima de abuso sexual do que as(os) outra(o)s jovens? | “Sim. Tenho medo que algum homem agarre nela e que ela não consiga fugir.” | “Não.” | “Não.” |
| | Considera que a/o sua/seu filha(o) tem capacidade para se defender, caso necessite? | “Ela não sabe defender-se. Esse é o meu medo.” | “Então não tem. Quando ele fica furioso, a mão também fica pesada. Se alguém tentar fazer-lhe mal, ele defende-se.” | “Não sei.” |

Os encarregados de educação dos alunos 2 e 3 não consideram que os seus filhos se apresentem numa posição de maior vulnerabilidade face aos abusos sexuais. Contrariamente, o encarregado de educação do aluno 1 teme que a sua filha possa ser vítima de abuso sexual.

Quanto à segunda questão, a mãe do aluno 2 julga que o filho tem capacidade para se defender em caso de necessidade. A mãe da aluna 3 tem dúvidas sobre esta questão, sendo novamente a mãe do aluno 1 quem manifesta maiores preocupações neste âmbito.

5.1. Conclusões da análise qualitativa das entrevistas aos encarregados de educação dos jovens portadores de DM

A primeira conclusão que retiramos da análise dos dados das entrevistas aplicadas aos encarregados de educação dos três alunos portadores de DM referidos no capítulo anterior, é que a educação dos filhos, em geral, incluindo a educação sexual, é ainda uma função feminina, sendo que todos os encarregados de educação entrevistados são mães. Em termos de educação sexual, estas mães não se sentem preparadas para desempenhar as suas funções como agentes transmissores de informações de índole sexual. Estas dificuldades reais na comunicação entre os pais e os jovens deste estudo, advém da fraca escolaridade das mães e do meio sociocultural pouco estimulante onde habitam. Em termos de comunicação verbal, as inquiridas foram parcas em palavras, deram respostas muito curtas e manifestaram dificuldade em verbalizar os seus sentimentos, anseios e desejos, evidenciando uma linguagem expressiva deficitária. Não obstante as questões mencionadas, conversam com os filhos sobre estas temáticas, apesar de considerarem não possuir informações suficientes sobre as diferentes dimensões da sexualidade.

Neste âmbito, Bezerra e Macário (2012:26), citando Vilar, afirmam que não podemos “delegar nas famílias a educação sexual das crianças e dos jovens” correndo-se o risco de perpetuar “a situação de ignorância absoluta sobre as questões da sexualidade [limitando] este direito às famílias cultural e tecnicamente mais apetrechadas”. Apesar da família ser considerada a instituição mais influente e competente para educar os filhos para a sexualidade, o seu nível de conhecimentos é, por vezes, deficitário e a dificuldade em abordar ou discutir estes assuntos é evidente.

De facto, nas categorias sobre a *reprodução humana, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis*, as informações transmitidas aos filhos são muito insuficientes. Numa fase da vida, na qual se operam mudanças rápidas e profundas, quer a nível físico, psicológico ou social, e ainda de exploração de novas formas de intimidade e de sexualidade, é fulcral prevenir comportamentos de risco, informando os jovens acerca dos métodos contraceptivos mais comuns e das infeções de transmissão sexual.

Na análise dos dados obtidos na entrevista aos encarregados de educação, constatamos que os pais consideram a escola como o agente mais importante na veiculação de conhecimentos sobre sexualidade, não descurando o papel, também importante, da família. As mães referem igualmente a importância do docente especializado em Educação Especial em todo este processo. Na verdade “os pais são os

primeiros intervenientes no processo de aprendizagem sexual” (Vilar, in Vilelas, 2009:16), sendo o papel da Escola “o de uma extensão do processo educativo-familiar” (Vilelas, 2009:17). Como refere Pan (2003) a família tem o direito e o dever de proporcionar uma educação sexual adequada ao deficiente mental, a qual contará com a colaboração de outros agentes socializadores no cumprimento e complemento da sua função. Todavia, esta tarefa não deve ser negligenciada pelos pais, considerando que a escola os pode substituir.

As mães deste estudo, atribuem à educação sexual informal uma importância relativa, à exceção de uma encarregada de educação que considera a televisão como um meio de transmissão de conhecimentos relevante na educação dos jovens. Para Vilelas (2009:34), a educação sexual corresponde a um “conjunto de valores transmitidos pela família e pelo ambiente social” ao longo da vida “com influências da cultura, dos *media*, dos amigos e da escola, que permitem incorporar valores, símbolos, preconceitos e ideologias”. Contudo, a educação sexual informal ou espontânea nem sempre é suficiente, eficaz ou esclarecedora.

Quanto aos dados obtidos em relação à perceção dos encarregados de educação sobre o abuso sexual, apenas uma mãe considera que a sua filha apresenta uma vulnerabilidade maior face aos abusos sexuais comparativamente às outras jovens da sua idade. No entender de Pan (2003), a família do deficiente mental preocupa-se com a vulnerabilidade dos filhos e o temor dos abusos sexuais é considerável, particularmente no caso de uma filha. Contrariamente, a mãe do único jovem do sexo masculino da nossa amostra apresenta-se mais descontraída, não temendo aproximações abusivas, acreditando que o filho é capaz de se defender. Nesta ótica, as mães do presente estudo temem que as filhas não tenham capacidade de se defenderem, caso sejam vítimas de abuso sexual. Nestas jovens devem ser promovidos comportamentos assertivos e desenvolvidas estratégias de atuação perante aproximações abusivas, bem como saber solicitar auxílio.

Não obstante os problemas supramencionados, as mães de dois alunos gostariam que os seus filhos tivessem um percurso de vida tão normal quanto os outros jovens da mesma idade no que concerne ao matrimónio e à maternidade/paternidade, considerando que os mesmos apresentam as competências pessoais necessárias para tal. Contudo, apontam o garante da subsistência e as tarefas rotineiras do quotidiano como barreiras que podem impedir a sua concretização.

Na realidade a população com DM apresenta problemas ao nível do comportamento adaptativo, revelando dificuldades nas áreas do funcionamento independente e da responsabilidade pessoal e social, assinaladas por Lambert, Nihira e Leland, citados por Santos e Morato (2002:99). Assim, a fraca capacidade de desempenhar com sucesso tarefas elementares do quotidiano, nomeadamente o vestir e despir, cozinhar, tomar banho, etc. pode comprometer gravemente a autonomia do individuo e impedi-lo consequentemente de cuidar de outrem. Em suma, os jovens com DM dependem total ou parcialmente das atividades de terceiros para executar as atividades da vida diária.

CAPITULO 6

RESULTADOS DOS DOCENTES DE EDUCAÇÃO ESPECIAL DOS JOVENS PORTADORES DE DM

6. Apresentação dos resultados

Tal como nos capítulos referentes aos jovens e encarregados de educação, passamos à apresentação, análise e discussão dos resultados dos dados recolhidos através das entrevistas aplicadas aos docentes de Educação Especial, mantendo a estrutura padrão na apresentação dos resultados recolhidos, através de quadros, organizados por temas e categorias. Faremos uma análise exploratória do conteúdo transcrevendo as frases ou expressões mais significativas para o estudo em causa.

É pertinente salientar que uma das docentes inquiridas acompanhou os três alunos portadores de DM que fazem parte do nosso estudo durante três anos. A outra docente acompanha-os a apenas um ano. Ambas possuem especialização em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor. Para além disso, ambas encontram-se na mesma faixa etária, trinta e cinco anos, e apresentam como formação base a licenciatura em Línguas e Literaturas Modernas: Estudos Portugueses e ensino básico.

No decorrer do processo de análise dos dados, procurou-se estabelecer semelhanças ou diferenças nos relatos das duas especialistas em Educação Especial para que possamos aferir se estas docentes se sentem à vontade para abordar, sem tabus nem preconceitos, temas de índole sexual com jovens deficientes mentais e com a naturalidade com que qualquer professor transmite outros conteúdos curriculares.

Foi solicitado às duas docentes que durante a entrevista se reportassem aos três alunos em estudo para que pudéssemos aferir se estas colaboram, enquanto agentes educativos, para a educação sexual dos mesmos.

Organizamos a análise do conteúdo em nove partes distintas que, por sua vez, foram agrupadas em diferentes categorias, cada uma composta por duas, três ou quatro questões, as quais passamos a apresentar.

PARTE I – Situação Profissional

Quadro 24 – Quadro comparativo: Situação profissional dos docentes.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|-----------------------|---|------------------|------------------|
| Situação Profissional | Há quanto tempo leciona na escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal? | 3 anos | 1 ano |
| | Há quanto tempo acompanha, enquanto docente de Educação Especial, crianças/jovens portadores de DM? | 5 anos | 1 ano |

Pela análise dos dados do quadro 24, podemos concluir que a docente 1 tem maior experiência no acompanhamento de crianças e jovens portadores de DM.

PARTE II – Atitude perante a transmissão de conhecimentos

Quadro 25 – Quadro comparativo: Atitude perante a transmissão de conhecimentos a jovens com DM.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|------------------------------|---|--|---|
| Transmissão de conhecimentos | Considera importante os jovens portadores de DM serem devidamente informados sobre educação sexual? | Sem dúvida que sim! Estes jovens necessitam de ser informados de modo a criarem uma estruturação e atuação de atitudes e comportamentos responsáveis face à educação sexual. | Sim. |
| | Reconhece a sexualidade como uma dimensão importante na vida dos jovens com DM? Porquê? | Sem dúvida que sim. De facto, estes jovens têm as mesmas necessidades e inquietações que os jovens ditos normais. Considero de extrema importância preparar estes jovens para uma sexualidade consciente e responsável, dado que eles constituem um grupo em que o tema assume um papel de relevo, devendo a promoção da saúde sexual e reprodutiva traduzir-se num contributo essencial para a sua formação pessoal e social. | Sim, porque a sexualidade é uma função natural que existe em todos os indivíduos e como tal, também os jovens com DM têm o direito de viver a sua. Sendo a sua vivência muito importante, uma vez que a sua repressão poderia, inclusive, alterar o seu próprio equilíbrio. |
| | Preocupa-se em abordar a temática da sexualidade com os jovens com DM? | Sim. | Sim. |
| | Sente-se preparada(o) para falar sobre sexualidade com estes jovens? | Não me sinto totalmente preparada, até porque cada jovem é diferente do outro, mas, sempre que tenho necessidade de abordar esta temática, procuro munir-me de materiais esclarecedores e úteis na exploração do tema. | Sim. |

No nosso estudo, as docentes de Educação Especial consideram importante os jovens com DM obterem informações sobre sexualidade, considerando esta dimensão do ser humano como uma característica inata a qualquer indivíduo. Ambas preocupam-se em transmitir informações de índole sexual aos alunos com DM por si acompanhados.

Quanto à última questão as respostas divergem, sendo que a docente 2 se sente melhor preparada para assumir o papel pedagógico na área da educação sexual.

PARTE III – Relacionamentos afetivos e sexuais

Quadro 26 – Quadro comparativo: Relacionamentos afetivos e sexuais.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|---------------------------|--|--|--|
| Afetividade e sexualidade | Sente dificuldade em abordar o tema da afetividade e sexualidade com jovens portadores de DM? Porquê? | Sim, essencialmente devido à imaturidade que os caracteriza, mas também devido às limitações que lhe são inerentes. | Não. |
| | Acha que os jovens com DM são capazes de estabelecer uma relação afetiva estável? Porquê? | Penso que sim. Na verdade, se estes jovens se sentirem realizados pessoalmente, não vejo porque não estabelecer uma relação afetiva estável com o seu parceiro, pois a sexualidade tornar-se-á para eles uma fonte de comunicação e de prazer. | Sim. Tendo em conta que as pessoas portadoras de deficiência, não são semelhantes nas suas capacidades de aprender e de independência, existem jovens com DM que conseguem estabelecer uma relação afetiva estável como qualquer outro ser humano. |
| | Acha que os jovens com DM são capazes de estabelecer uma relação sexual estável? Comente a sua resposta. | Penso que sim, desde que esteja controlada a sua libido e desde que estejam bem conscientes dos sentimentos que nutrem pela pessoa com quem partilham a relação. | Sim. (apoiou-se no que disse na resposta anterior) |

Uma vez mais a docente 2 refere sentir-se mais à vontade para abordar conteúdos relacionados com a afetividade e sexualidade com os alunos com DM. Ambas consideram que estes jovens apresentam todas as condições tanto para estabelecer uma relação afetiva como uma relação sexual estáveis.

PARTE IV – Casamento e Maternidade/Paternidade

Quadro 27 – Quadro comparativo: Casamento e maternidade/paternidade.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|------------------|---|--|--|
| Casamento | Considera aceitável um(a) jovem com DM casar? Comente a sua resposta. | “Sim, se for um jovem com deficiência mental ligeira e desde que o seu grau de autonomia e responsabilidade o permitam.” | “Porque não? Contudo, nos casos de DM grave ou profunda esta situação é impensável, devido ao nível de comprometimento intelectual e do facto de dependerem de terceiros para a realização de tarefas rotineiras.” |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|---|
| Maternidade/ paternidade | Considera que um(a) jovem com DM tem competências para ter e criar filhos? | “Sim, mas uma vez mais apenas nos casos de DM ligeira. Mesmo assim, estes jovens necessitam do acompanhamento da família no cumprimento dessa tarefa.” | “Sim, mas nos casos de DM grave ou profunda esta situação não é desejável pois criar um filho é uma tarefa árdua que implica uma série de competências que estes jovens não possuem. Pela minha experiência como docente, há casos de deficiência ligeira em que os jovens são capazes de cuidar de uma criança.” |
|-----------------------------|--|--|---|

De acordo com o quadro 27, ambas as docentes consideram aceitável que um indivíduo portador de DM, grau ligeiro, case ou apresente as competências necessárias para ter e criar um filho.

PARTE V – Funcionamento do corpo e reprodução

Quadro 28 – Quadro comparativo: Funcionamento do corpo e reprodução.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Funcionamento do corpo e Reprodução | Alguma vez transmitiu informações acerca do funcionamento do corpo, nomeadamente o que é a menstruação, o óvulo ou o esperma, a alunos com DM? Comente a sua resposta. | Sim, precisamente aquando da abordagem à temática da sexualidade, em particular da relação sexual. | Sim, em consequência de conversas com alunos, uma vez que estes se encontram na adolescência necessitam estar mais esclarecidos relativamente ao funcionamento e alterações que ocorrem no do seu corpo. |
| | Já transmitiu informações sobre o aparelho reprodutor feminino e/ou masculino a alunos com DM? Comente a sua resposta. | Sim, pois, no meu entender, não se pode explorar a temática da educação sexual sem se abordar previamente o aparelho reprodutor feminino e/ou masculino. | Sim. É importante que estes alunos, tais como os restantes, se vejam como seres reprodutores, ou seja que se vejam como seres capazes de dar origem a outros seres. |
| | Alguma vez transmitiu informações a estes alunos acerca da reprodução humana? Comente a sua resposta. | Sim, precisamente aquando da abordagem à temática da sexualidade, em particular da relação sexual. | Sim. É importante que percebam o mecanismo de reprodução humana para evitar conceitos e ideias, relativas a este tema, erradas. |

No quadro 28, podemos constatar que ambas as docentes já transmitiram informações sobre o funcionamento do corpo humano e acerca da reprodução humana a alunos com DM.

PARTE VI – Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis

Quadro 29 – Quadro comparativo: Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|-------------------------------|--|--|---|
| Métodos contraceptivos e DSTs | Já transmitiu informações sobre os métodos contraceptivos a alunos com DM? Comente a sua resposta. | Sim, precisamente aquando da abordagem à temática da sexualidade, em particular da relação sexual. | Sim, esta temática já foi abordada algumas vezes afim dar a conhecer os métodos contraceptivos que têm à sua disposição a fim de evitar gravidezes indesejadas e protegerem-se de doenças sexualmente transmissíveis. |
| | Alguma vez transmitiu informações sobre doenças sexualmente transmissíveis a estes alunos? Comente a sua resposta. | Sim, precisamente aquando da abordagem à temática da sexualidade, em particular da relação sexual. | Sim, o facto de serem capazes de se relacionarem com outros implica que estes alunos conheçam os perigos que correm em termos de saúde e de como evitá-los. |

Em relação à transmissão de informações sobre os métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis, ambas as professoras afirmam já tê-lo feito com este público.

PARTE VII – Educação Sexual formal

Quadro 30 – Quadro comparativo: Educação Sexual formal.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|------------------------|---|--|--|
| Educação Sexual Formal | Considera importante a existência de um programa de educação sexual para alunos com NEE, mais concretamente para alunos com DM? Porquê? | Sim, considero, atendendo aos constrangimentos de índole intelectual que apresentam. | Sim. Porque estes são alunos com necessidades específicas e a informação que lhes for fornecida deve ser previamente selecionada de acordo com as suas características e necessidades, bem como o modo de transmissão requer outros cuidados que para um aluno dito normal não seriam necessários. |
| | Na sua opinião, quem deverá implementar a educação sexual aos alunos com DM, em contexto escolar? | O Serviço de Psicologia e Orientação em parceria com o Serviço de Educação Especial, devendo estes ter o contributo do Centro de | O grupo de docentes que trabalha com esses alunos. |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | Saúde do meio local. | |
| | Considera que o docente de educação especial desempenha um papel importante na transmissão de informação de caráter sexual a alunos com DM? Porquê? | Sim, considero. Na realidade, o docente de educação especial tem a possibilidade de abordar o tema num contexto individualizado, podendo, assim, explorar as características pessoais do aluno com DM, respeitando e trabalhando as suas especificidades. | Sim porque é talvez aquele que tem uma maior proximidade e preparação para dialogar com o mesmo sobre este tema. |
| | Considera ter conhecimentos científicos apropriados para desenvolver sessões de educação sexual com alunos com DM? | Não. | Sim. |

As duas especialistas em educação especial consideram importante a existência de um programa de Educação Sexual criteriosamente elaborado atendendo aos constrangimentos cognitivos que as crianças e jovens com DM apresentam. A docente 1 julga importante o contributo do docente especializado em Educação Especial na implementação de um programa de Educação Sexual, salientando a necessidade de se estabelecer parcerias com o Serviço de Psicologia e Orientação da escola, bem como o Centro de Saúde local. A docente 2 considera que todos os professores que compõem o Conselho de Turma devem intervir no programa de Educação Sexual, não descurando a importância do especialista em Educação Especial.

Quanto à tabela 30, a docente 1 julga não possuir os conhecimentos científicos que considera importantes para desenvolver um programa de Educação Sexual com jovens portadores de DM, posição contrária à docente 2.

PARTE VIII – Educação Sexual Informal

Quadro 31 – Quadro comparativo: Educação Sexual informal.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|------------------|--|---|--|
| Educação Sexual | Compete aos pais a transmissão de conhecimentos sobre educação sexual? Comente a sua resposta. | Sem dúvida que sim, pela responsabilidade que exercem sobre os seus filhos, mas não exclusivamente. Na verdade, há que considerar o nível de formação dos pais, os quais poderão não estar preparados/capacitados para a abordagem ao tema. | Também. Os pais devem ser parte ativa na abordagem da sexualidade uma vez que é logo na infância que se devem começar a fazer as primeiras abordagens sobre sexualidade. |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| Informal | Considera que a educação sexual informal (pais, meios de comunicação social, pares,...) desempenha o papel mais importante na transmissão de conhecimentos de índole sexual a alunos com DM? Comente a sua resposta. | Considero que estes meios são uma fonte de informação/divulgação importante, mas não a mais importante, uma vez que, no meu entender, uma abordagem pedagógica presencial será sempre mais esclarecedora e enriquecedora. | Sim, desempenha...uma vez que estes estão presentes no dia-a-dia dos jovens. Os meios de comunicação funcionam para os jovens como principal fonte de informação e em conjunto com os pares um meio de tirar dúvidas e partilhar experiências. |
|----------|--|---|--|

Ambas as docentes partilham da opinião de que os progenitores e/ou encarregados de educação desempenham um papel importante na transmissão de informações de índole sexual aos seus educandos. Consideram igualmente a educação sexual informal um importante veículo transmissor de conhecimentos, apesar da docente 1 referir a abordagem pedagógica como mais eficaz.

PARTE IX – Abuso Sexual

Quadro 32 – Quadro comparativo: Abuso Sexual.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|------------------|---|--|--|
| Abuso Sexual | Considera que os jovens com DM estão mais sujeitos a serem vítimas de abuso sexual? Comente a sua resposta. | Sim, pelas fragilidades que apresentam. | Sim, poderão ser alvos mais fáceis para os abusadores, uma vez que por vezes tem grande dificuldade em distinguir o que está certo do que está errado. |
| | Estes jovens, por serem portadores de DM, estão mais sujeitos à opinião dos outros, bem como à pressão social, no que diz respeito à sua sexualidade? Comente a sua resposta. | Penso que sim, embora independentemente das características pessoais de cada jovem, a opinião dos outros e a pressão social serão sempre passíveis de acontecer. | Sim uma vez que existem ainda muitos preconceitos relativamente à sexualidade destes jovens e ao direito e forma como estes a vivem. |

Quanto ao abuso sexual, as duas docentes consideram que estes jovens, pelas fragilidades de índole intelectual que apresentam, estão mais sujeitos a serem abusados sexualmente, sendo igualmente vítimas do preconceito social no que diz respeito à forma como expressam ou vivem a sua sexualidade.

PARTE X – Níveis de DM

Quadro 33 – Quadro comparativo: Níveis de DM.

| Categoria | Questão | Docente 1 | Docente 2 |
|------------------|--|----------------------|---------------------|
| Nível DM | A que grau ou nível de DM (ligeira, moderada, severa ou profunda) se reportou durante esta entrevista? | DM ligeira/moderada. | Ligeira e moderada. |

As docentes reportaram-se à deficiência mental ligeira e moderada.

6.1. Conclusões da análise qualitativa das entrevistas às docentes de Educação Especial dos alunos portadores de DM

Como primeira análise dos dados obtidos através das entrevistas aplicadas às duas docentes de Educação Especial, destaca-se o facto da professora designada como 1 possuir uma maior experiência enquanto docente que acompanha alunos portadores de DM, nomeadamente os três alunos do presente estudo. Destaque ainda para o facto da mesma docente ser mais comunicativa e conseguir verbalizar melhor as suas ideias. A docente 2 foi mais parca em palavras, situação mais evidente no início da entrevista, nomeadamente na segunda categoria. Refira-se ainda que as duas docentes reportaram-se, durante a entrevista, ao nível de DM ligeira e moderada, diagnóstico atual dos alunos com DM alvo deste estudo.

Ambas as docentes consideram importante os jovens portadores de DM serem informados sobre temáticas de Educação Sexual, sendo que a docente 1 refere que só assim poderão criar “uma estruturação e atuação de atitudes e comportamentos responsáveis” face à sexualidade. As duas docentes reconhecem a sexualidade como uma dimensão importante na vida dos jovens com DM, considerando que, tal como os outros jovens, estes apresentam as mesmas necessidades, inquietações e direitos. Ambas afirmam preocupar-se em abordar a temática da sexualidade com estes jovens, no entanto a docente 1 manifesta alguma preocupação pois não se sente totalmente confiante ou preparada para fazê-lo, declarando pesquisar informação e procurar materiais adequados e esclarecedores na exploração destas temáticas quando implementa conteúdos nesta dimensão.

Segundo Vilar (1999:8), “muitos professores e professoras sentem-se eventualmente inseguros para iniciar actividades e projectos nesta área, visto que

existem indicações pouco claras e escassas oportunidades de formação em Educação Sexual, dadas pelo sistema educativo português”. Frade *et al.*, citados por Vilelas (2009), corroboram da mesma opinião, associando ainda esta insegurança do educador sexual ao tipo de conteúdos a abordar e ao receio das reações dos colegas, dos alunos ou dos familiares.

Ora, o papel do professor em matéria de Educação Sexual não difere muito do que lhe é atribuído noutras áreas do processo educativo. Contudo, é necessário facultar um “apoio técnico que lhe permita reflectir sobre os seus próprios valores e atitudes face à sexualidade” (Ministério da Educação, 2000:39). Esse auxílio, ou formação, deve fazer parte integrante da formação inicial dos professores. Enquanto tal não acontece, a formação contínua desempenha um papel fulcral, devendo ser encarada como uma exigência pessoal e uma necessidade profissional.

A necessidade de se promover uma preparação séria e adequada aos professores que lecionam a área da Educação Sexual é fundamental se queremos, na opinião de Pan (2003), oferecer uma Educação Sexual séria, de qualidade, adequada e rigorosa, acentuando também a importância da formação contínua dos professores, considerando-a como imperativa na educação sexual de alunos com DM por todas as circunstâncias e constrangimentos envolvidos.

No que concerne às dificuldades sentidas ao abordar os temas da afetividade e sexualidade, as respostas das professoras do nosso estudo são opostas, sendo que a docente 1 confere as dificuldades sentidas ao nível da “imaturidade” e às “limitações” características da população com DM.

As duas profissionais em Educação Especial consideram que os jovens portadores de DM são capazes de estabelecer uma relação afetiva ou sexual estável, pois existem indivíduos cujo nível de comprometimento cognitivo e de autonomia lhes permite estabelecer relações pessoais e sociais saudáveis. Neste âmbito, na Carta para os anos 80, artigo 44º, referenciada por Vieira e Pereira (2003:33), “os deficientes têm as mesmas necessidades que as outras pessoas no tocante ao convívio social e sexual, à vivência em meios sociais e físicos que permitam esse relacionamento (...)”.

As docentes consideram ainda que o casamento é possível na população deficiente mental, nível ligeiro, desde que “o seu grau de autonomia e responsabilidade o permitam” (docente 1). A docente 2 refere que nos casos de DM severa ou profunda “esta situação

é impensável” pois estes jovens dependem de terceiros na concretização de tarefas básicas do seu dia-a-dia.

Estas docentes consideram que um jovem portador de DM grau ligeiro possui competências globais que lhe permite ter e criar um filho, ressalvando a importância do “acompanhamento da família no cumprimento desta tarefa” (docente 1). A docente 2 faz referência aos casos de DM severa ou profunda, afirmando que nesta parcela da população a maternidade ou paternidade “não é desejável”.

Pan (2003) confirma que o indivíduo portador de DM precisa de ajuda e acompanhamento nestas dimensões da sua vida, o que por si só não constitui argumento suficiente para se afirmar a sua total incapacidade para contrair matrimónio ou cuidar de um filho. Constata ainda que na realidade o que se verifica “é que os casais estáveis e os casamentos em que um ou ambos os cônjuges são portadores de deficiência mental produzem uma grande satisfação pessoal e não têm pior funcionamento do que os outros casamentos em geral, sempre que contem com algum apoio externo” (Pan, 2003:366), o qual deve ser extensível à educação e prestação de cuidados no nascimento de um filho. No entanto, no caso da DM severa ou profunda as opiniões divergem, sendo que há quem defenda a esterilização destes indivíduos, a realização de um aborto em caso de gravidez ou, segundo os mais liberais, a concretização da mesma.

Quanto à categoria relativa ao funcionamento do corpo e reprodução, as respostas reúnem consenso, pois ambas as docentes afirmam já ter transmitido informações nesta dimensão. A docente 1 refere que, para se explorar as temáticas da educação sexual, é crucial “abordar previamente o aparelho reprodutor feminino e masculino”. Já a docente 2, constata que transmite informações de carácter sexual para esclarecer os jovens acerca do funcionamento do corpo e as modificações que ocorrem no mesmo. Além disso, refere que os jovens com DM devem perceber o mecanismo da reprodução humana para se evitar conceitos e ideias erróneas a este respeito.

Refira-se ainda que as duas docentes transmitem outros conhecimentos pertinentes relacionados com a área da saúde sexual, nomeadamente os métodos contraceptivos e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Ambas as docentes consideram importante a existência de um programa de Educação Sexual direcionado para pessoas portadoras de DM, quer pelos “constrangimentos de índole intelectual que apresentam” (docente1), quer pelas suas “caraterísticas e necessidades, bem como o modo de transmissão” (docente 2) de

conhecimentos que requer outra abordagem e cuidado. A docente 1 considera que o programa de Educação Sexual deve ser implementado, numa ação conjunta, pelo Serviço de Psicologia e Orientação da escola e o Serviço de Educação Especial, com o contributo do Centro de Saúde local, sempre que se considere pertinente. Para a docente 2, todos os professores intervenientes no processo educativo do aluno devem colaborar em projetos desta envergadura. De facto, a Educação Sexual não se enquadra numa disciplina específica, sendo esta concetualizada como um conjunto de conteúdos que atravessam transversalmente o currículo, sendo a sua implementação da responsabilidade “dos professores em geral” (Ministério da Educação, 2000:40). O GTES (2005) recomenda que cada disciplina dê o seu contributo efetivo para a Educação Sexual.

Contudo, pela proximidade e a individualização inerentes ao acompanhamento facultado aos alunos com DM, ambas concordam que o docente especializado em Educação Especial encontra-se numa posição privilegiada para proporcionar uma Educação Sexual apropriada e adequada a esta população, respeitando e trabalhando as suas especificidades e necessidades.

Apesar de abordar todos os temas questionados de índole sexual com os seus alunos portadores de DM, a docente 1 considera não possuir conhecimentos científicos apropriados para desenvolver sessões de Educação Sexual com os mesmos. Neste âmbito, saliente-se que o professor não tem de ser “um especialista em Educação Sexual, mas apenas um profissional devidamente informado sobre a sexualidade humana e que, enquanto educador, já teve oportunidade de reflectir sobre ela” (Ministério Educação, 2000:40). Braeken e Massey (1990), citados por Vilelas (2009:49), reconhecem que “os professores terão de ter requisitos a nível pessoal e pedagógico e conhecimentos que serão necessários mobilizar para o desenvolvimento sexual dos adolescentes”. Segundo os mesmos autores, o educador sexual, para além de ser detentor de conhecimentos, deve ser comunicativo, fazer-se munir de recursos materiais variados que facilitem o desenvolvimento de atividades pedagógicas diversificadas e articular a Educação Sexual com as necessidades dos jovens.

Ambas as docentes partilham a mesma opinião no que concerne à responsabilidade dos pais na transmissão de conhecimentos de índole sexual aos seus educandos. Não obstante, a docente 1 salienta que devemos considerar o nível de formação académica dos pais, pois nem todos estão preparados para a abordagem ao tema. As docentes consideram igualmente a Educação Sexual informal um importante

veículo de transmissão de conhecimentos, apesar da docente 1 referir a abordagem pedagógica como mais eficaz. A docente 2 refere os meios de comunicação como fontes de informação e os pares como um meio para esclarecer dúvidas e partilhar experiências. Num estudo realizado por Dias, Matos e Gonçalves, citados por Bezerra e Macário (2011:29), concluiu-se que “os jovens têm no seu grupo de pares a fonte de informação mais acessível e confortável e onde se sentem mais à vontade para expor as suas dúvidas, embora alguns jovens expressem preocupações no que se refere à acuidade da informação” veiculada.

Quanto à categoria referente aos abusos sexuais, ambas as docentes consideram que, pelas fragilidades de índole intelectual que apresentam, os jovens com DM estão mais sujeitos a serem vítimas de abuso sexual, sendo igualmente vítimas do preconceito social no que diz respeito à forma como expressam ou vivenciam a sua sexualidade.

CAPÍTULO 7

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7. Discussão dos resultados

Atendendo aos resultados apresentados, aferimos que os conhecimentos que os três jovens, que fazem parte da nossa amostra, possuem na área da sexualidade, nomeadamente em relação ao funcionamento do corpo, reprodução humana, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), são muito rudimentares, superficiais e insuficientes. Por outro lado, os pais, como primeiros agentes sexuais dos filhos, possuem igualmente conhecimentos insuficientes nas diferentes dimensões da sexualidade, manifestando pouca facilidade em comunicar com os seus educandos e promovendo escassos momentos para informar e debater assuntos de índole sexual.

Podemos ainda concluir que, tanto os encarregados de educação como os docentes de Educação Especial reconhecem a necessidade dos jovens portadores de DM serem informados sobre sexualidade. Os encarregados de educação salientaram ainda a necessidade de obterem mais informação a este respeito para melhor dialogarem com os filhos. Quanto às docentes, e apesar de abordarem a temática com os jovens portadores de DM, as posições não são unânimes, pois, apesar de uma docente especializada se sentir confortável nesta abordagem, a outra assume alguma insegurança no tratamento destes conteúdos. Contudo, podemos asseverar que, pela sua formação académica, os professores são os agentes educativos que possuem melhores conhecimentos gerais sobre a temática em estudo, além da capacidade de se fazerem munir de materiais pedagógicos e didáticos apropriados à transmissão de conhecimentos de carácter sexual à nossa população alvo.

Apesar da temática deste estudo ser muito delicada por invadir a esfera da intimidade pessoal dos sujeitos entrevistados e os alunos revelarem graves dificuldades ao nível da linguagem expressiva e compreensiva, particularmente a jovem com DM moderada, os resultados permitem-nos concluir que os alunos manifestam dificuldades na interação social, evidenciam escassas vivências pessoais e relacionais e, sobretudo, uma Educação Sexual deficitária.

Não obstante, aferimos que os conhecimentos, sentimentos, afetos e necessidades destes sujeitos, face à amizade, ao namoro, ao casamento e ao desejo da maternidade e paternidade, não diferem das expectativas dos jovens da sua idade. Os encarregados de educação e docentes de Educação Especial entrevistados consideram que os filhos/jovens podem aspirar a uma vida adulta plena, ressalvando, no entanto, a fraca

autonomia pessoal e a pouca responsabilidade, condições que podem ser impeditivas da concretização do matrimônio ou da maternidade/paternidade.

Pelo exposto, verificamos que a **hipótese 1** “Os alunos com DM têm conhecimentos suficientes sobre sexualidade que lhes permite uma vivência salutar da mesma”, **não foi confirmada**.

Os resultados desta pesquisa permitem aferir que a informação que estes jovens obtêm em relação à sexualidade, na sua globalidade, reduz-se essencialmente ao contexto escolar, pois a família, por não possuir competências pessoais para o fazer ou por vergonha e pudor, remete-se ao silêncio, considerando que essa tarefa educativa compete à escola.

Na realidade, esta é uma missão multidisciplinar, motivo pelo qual todos os participantes no estudo confirmam a necessidade de obter mais informações sobre Educação Sexual, tanto para os jovens portadores de DM, como para todos os intervenientes que interagem com estes jovens no seu dia-a-dia. Enfim, podemos constatar que a Educação Sexual engloba um conjunto de valores transmitidos pela família e pelo meio social, influenciados pelos media, os amigos, a cultura e a escola, que permitem aos jovens “incorporar valores, símbolos, preconceitos e ideologias” (Vilelas, 2009:34).

Ribeiro, citado por Vilelas (2009), refere que a Educação Sexual é da competência da família, a qual deve estar preparada para facultar respostas corretas, tranquilas e sem hesitações, pois na maioria das vezes os jovens procuram nos pais a confirmação de informações que ouviram no seu grupo de pares, nos media ou na rua. As fontes de informação sobre sexualidade são variadas mas nem todas são as mais adequadas ou pedagógicas para as crianças ou jovens, pois os conteúdos acessíveis através da televisão, internet ou media transmitem noções equivocadas e prejudiciais. No âmbito da nossa população alvo, jovens portadores de DM, esta situação agrava-se devido ao comprometimento cognitivo que apresentam e à dificuldade em assimilar e compreender as mensagens veiculadas.

Assim, constatamos que a **hipótese 2** “A Educação Sexual informal é insuficiente para o esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade aos DM” **foi confirmada**.

No presente estudo todos os intervenientes atribuem à escola uma importância fulcral na transmissão de conhecimentos nas diferentes dimensões da sexualidade aos jovens portadores de DM. Contudo, os professores apontam os pais como educadores

sexuais igualmente importantes na execução desta tarefa. A família tem um papel deveras importante como fonte de informação sobre sexualidade, funcionando como o alicerce para uma formação sexual salutar das crianças e jovens, sendo neste contexto social que estabelecem as primeiras relações de afeto, respeito e cooperação e vão obter alguns conteúdos sobre o tema. Neste âmbito, e porque existem muitas famílias que se sentem incapazes de desempenhar estas funções, cabe à escola complementar o papel dos pais e ampliar os conhecimentos por eles transmitidos. Assim, qualquer programa de Educação Sexual em contexto escolar não deve, segundo Kirby, citado por Bezerra e Macário (2011:25), limitar o seu público-alvo aos “adolescentes, sendo fundamental a intervenção conjunta com os pais, uma vez que esta intervenção pode promover a comunicação entre os pais e os adolescentes, ajudando a fomentar conversas produtivas sobre sexualidade”.

Na realidade a escola e os docentes constituem o local e os agentes privilegiados para implementar a Educação Sexual a qualquer aluno, particularmente a deficientes mentais. “Por isso, a escola não se pode furtar à abordagem formal, estruturada, intencional e adequada, de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana” (Ministério da Educação, 2000:26).

Um dos objetivos primordiais da Educação Sexual em contexto escolar é contribuir para uma vivência mais informada, responsável, gratificante e autónoma da sexualidade por parte de todos os jovens. Nesta perspetiva, a intervenção educativa deve incluir as esferas dos conhecimentos, das atitudes e o desenvolvimento do domínio das competências individuais.

No âmbito do nosso estudo, e considerando os jovens que fazem parte dele, uma Educação Sexual formalizada e bem orientada pode diminuir comportamentos socialmente inadmissíveis, prevenir e contribuir para a diminuição de abusos de ordem sexual, prevenir e diminuir gravidezes indesejadas, assim como prevenir as doenças sexualmente transmissíveis.

De facto, as docentes de Educação Especial que fazem parte do presente estudo, transmitem informações sobre a reprodução humana, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis aos jovens portadores de DM com o objetivo de ampliar os seus conhecimentos, prevenir comportamentos de risco e treinar a tomada assertiva de decisões.

Deste modo, a **hipótese 3** do estudo “A Educação Sexual formal contribui para uma melhor vivência da sexualidade do DM” **foi confirmada**.

Visto a família demitir-se, por vezes, do seu dever educativo no âmbito da educação para a sexualidade dos seus jovens, ignorando a sua existência quando se trata de um jovem com DM, urge a necessidade de se criar programas de Educação Sexual direcionados para este público tão específico mas que merece toda a nossa preocupação e atenção.

Concomitantemente, e apesar dos docentes revelarem uma atitude positiva quanto à implementação de programas de Educação Sexual em meio escolar, impõe-se a existência de formação contínua para professores em Educação Sexual para que estes agentes educativos se sintam cada vez mais confortáveis para desempenhar este papel. Vários estudos apontam neste sentido, enfatizando a necessidade de se facultar aos docentes uma formação específica em Educação Sexual. Pegando nas palavras de Anastácio e colaboradores, citados por Bezerra e Macário (2011:27), a “formação poderá ser uma via eficaz para ultrapassar obstáculos e modificar as concepções no sentido do conhecimento cientificamente aceite, da reestruturação do sistema de valores e da mudança das práticas sócio-pedagógicas”.

Apesar de todos os sujeitos que compõem a nossa amostra usufruírem de um Programa de dez tempos anuais de aulas de Educação para a Sexualidade e Afetos, revelam falta de conhecimentos básicos sobre as várias dimensões na área da sexualidade humana, talvez porque, ao apresentarem problemas acentuados nos processos de memória de curto e médio prazo e conceptualização, podem não assimilar a informação, apesar de a mesma lhes ter sido facultada.

Neste contexto, consideramos que os programas de Educação Sexual devem ser construídos de uma forma estruturada e sistemática e implementados pelos serviços de Educação Especial em articulação com o Diretor de Turma, todos os professores que compõem o Conselho de Turma e o envolvimento do Encarregado de Educação, assim como de outros técnicos que intervêm com o jovem, se se considerar pertinente, asseverando uma maior eficácia na implementação dos mesmos.

Todos os jovens entrevistados apresentam capacidade para integrarem um programa de Educação Sexual. Contudo, o programa deve ser adequado à população-alvo, personalizado, individualizado e ajustado ao jovem, deve atender às suas especificidades, problemática, faixa etária, capacidades cognitivas e perceção da

realidade. Em suma, a metodologia escolhida deve ser adequada ao jovem com deficiência mental.

Pelo exposto, decidimos apresentar neste estudo um programa de Educação Sexual para alunos portadores de DM, o qual será posteriormente entregue no órgão de gestão da Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal, para possa ser implementado aos alunos deficientes mentais que usufruem da medida educativa “Currículo Específico Individual”. Este plano de intenções será apresentado no capítulo oito.

7.1. Limitações do estudo

Após finalizarmos esta investigação, importa salientar algumas das limitações da mesma.

A primeira prende-se com a amostra que, apesar de pequena, incidiu particularmente em indivíduos do sexo feminino, nomeadamente no que diz respeito aos encarregados de educação e docentes de Educação Especial. Teria sido interessante obter perspetivas masculinas sobre a temática em estudo.

Outro constrangimento foi o tipo de instrumento utilizado, a entrevista semiestruturada, a qual foi constituída apenas por questões abertas que dificultam sobremaneira a análise do conteúdo, sendo que as respostas estão condicionadas à subjetividade e interpretação do investigador. Todavia, estas permitem uma análise mais descritiva, pormenorizada e rica.

Constatamos outra limitação relacionada com o tema em estudo, a afetividade e sexualidade, envolto em preconceitos e tabus, para além dos estigmas inerentes à DM. Nesta ótica, as respostas dos pais foram mais contidas e impregnadas de algum secretismo, receio e preconceito em relação ao tema. A abordagem dos docentes especializados foi mais descontraída e facilitada, ainda que nos pareça que algumas das respostas pretendam corresponder às expectativas do entrevistador, pois os entrevistados não desejam revelar falta de conhecimentos relativamente à problemática questionada.

Não podemos deixar de fazer referência à diminuta bibliografia existente sobre o tema e os escassos estudos realizados em Portugal. As fontes sobre os temas da sexualidade e deficiência mental separadamente são vastas, mas ínfimas quando abordadas em conjunto.

Importa ainda referir os constrangimentos temporais do nosso estudo, pois muito ficou por dizer, interrogar e analisar devido à escassez de tempo para procedermos à apresentação da investigação.

A investigação permitiu-nos perceber que é necessário facultar informação aos pais e/ou encarregados de educação nas diferentes dimensões da sexualidade, pois verificamos que existem graves lacunas no tipo de informação que é transmitida aos jovens. Concluimos ainda que as famílias com fracos recursos académicos e culturais necessitam de auxílio nesta tarefa, o qual pode e deve ser facultado pela escola. Neste sentido, é urgente melhorar a formação dos profissionais de educação para que cumpram com brio a sua função de educadores.

Em virtude das condições identificadas, as conclusões desta investigação não podem ser extrapoladas para toda a população portuguesa ou madeirense, e esse não era o nosso objetivo. Todavia, apresentam-se como válidas para um grupo restrito de jovens portadores de DM, residentes na freguesia do Caniçal, relativamente aos conhecimentos e vivência da sua sexualidade.

CAPÍTULO 8

PROJETO DE EDUCAÇÃO SEXUAL

8. Projeto de Educação Sexual para alunos com DM

O conceito de Educação Sexual, e a própria visão da sexualidade, tem sofrido contínuas modificações ao longo das diferentes épocas históricas, fruto das condições socioeconómicas, valores dominantes e das diferentes ideologias vigentes. Consequentemente, diversificados modelos de educação sexual emergiram, apresentando diferentes abordagens metodológicas e pedagógicas, diferentes conteúdos a abordar e diferentes valores orientadores das práticas pedagógicas.

Neste âmbito, em dezembro de 2009, a UNESCO publicou o documento *International Technical Guidance on Sexuality Education*, que pretende ser um documento orientador para todos os decisores políticos e educadores que pretendem implementar programas de educação sexual em contexto escolar. O documento apresenta uma série de características que os programas eficazes de educação sexual devem agregar, sempre numa abordagem positiva, objetivando o incremento de conhecimentos, a valorização do espírito crítico e o aumento das competências dos alunos, entre outros aspetos igualmente pertinentes.

Em Portugal a legislação vigente (Lei n.º 60/2009 e portaria n.º 196-A/2010) provém das recomendações efetuadas em diversos documentos do GTES (2005, 2007a, 2007b).

No entanto, e apesar de já existir uma preocupação crescente quanto à implementação da área da educação sexual no currículo nacional do ensino básico, a atual legislação é omissa quanto a orientações programáticas por parte do Ministério da Educação no que concerne aos alunos portadores de DM. São inexistentes quaisquer referências quanto à metodologia de ensino a utilizar com alunos com NEE, não existindo qualquer menção quanto ao docente ou técnico especializado que será o veículo transmissor desses conhecimentos. É do conhecimento geral que alunos cujo diagnóstico implique um défice cognitivo terão maiores dificuldades em compreender e assimilar os conhecimentos transmitidos em contexto de sala de aula. Na nossa prática pedagógica constatou-se que estas lacunas não estão a ser devidamente supridas nas escolas e que os alunos com DM não estão a usufruir de uma educação sexual apropriada e ajustada às suas características específicas.

Pelo exposto, decidimos apresentar nesta dissertação, uma proposta de um projeto de Educação Sexual direcionada para esta população para que possam gozar de uma educação sexual formal adequada às suas capacidades e necessidades. A inclusão educativa favorece a socialização destes jovens em contexto escolar, promovendo o

desenvolvimento de comportamentos sociais e sexuais adequados. Não obstante, é necessária uma intervenção educativa no âmbito da educação sexual dos alunos com DM através da criação de programas adequados, assim como um maior investimento na formação dos docentes para que estes possam adquirir conhecimentos adequados ao desempenho das suas funções de educadores.

Posto isto, apresentaremos algumas propostas que poderão ser utilizadas na concretização de um programa de educação sexual, a ser implementado em âmbito escolar, direcionado aos alunos portadores de DM.

8.1. Finalidades da Educação Sexual aos deficientes mentais

As principais dificuldades identificadas às pessoas portadoras de DM no que concerne à vivência da sua sexualidade são de ordem adaptativa e cognitiva, e não de ordem biológica, as quais condicionam sobremaneira a forma como o indivíduo vai assimilar, compreender e formar códigos para uma autorregulação emocional e social do seu comportamento sexual. Então, na educação sexual do portador de DM deve estar presente um enfoque educativo baseado no desenvolvimento de uma interação com o seu meio cultural, físico e social, perspetivando a melhoria das suas relações interpessoais, assim como o desenvolvimento da sua personalidade. Dever-se-á desenvolver nestes indivíduos uma relação de respeito em relação aos outros, que lhes permita uma convivência salutar com os seus pares e a integração plena e efetiva na comunidade local. Perceber o que é um comportamento socialmente adequado, ajudá-lo-á no seu crescimento interpessoal e no seu processo de socialização.

Assim sendo, a pura transmissão de conhecimentos adquire uma importância relativa para este público, sendo, no entanto, de extrema relevância a fase de desenvolvimento, quer físico, quer mental, em que a criança ou jovem se encontra, para que se possam facultar informações adequadas às suas necessidades.

Pan (2003:251) afirma que os indivíduos portadores de DM apresentam “um transtorno na comunicação com o mundo à sua volta que repercute na formação de suas estruturas cognitivas”, referindo ainda que é necessário incrementar os seus níveis de interesses, transmitindo-se, contudo, “só os conhecimentos que seu nível mental lhe permitir assimilar e seu nível social lhe permitir executar”.

A estes indivíduos dever-se-ão proporcionar as ferramentas necessárias para que possam melhorar a sua autonomia pessoal e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida. A sua rotina diária deve ocorrer em contextos normalizados,

proporcionando ao deficiente mental a oportunidade de desempenhar um papel ativo na comunidade que reconhece os seus direitos e lhe proporciona as mesmas oportunidades dos outros cidadãos.

Bezerra e Macário (2012:17), valendo-se do trabalho realizado pelo GTES (2005) e referindo-se aos jovens em geral, afirmam que o objetivo capital da educação sexual é o “desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções”.

Pan (2003), não se distanciando muito do objetivo anterior, e reportando-se a pessoas portadoras de DM, enuncia o objetivo geral explícito da educação sexual como

“o amadurecimento afetivo do aluno, fazê-lo chegar a ser dono de si, formá-lo para o reto comportamento nas relações pessoais e sociais, proporcionando-lhe os instrumentos que lhe permitam orientar do melhor modo possível suas decisões nessa matéria e reforcem as atitudes de respeito e tolerância necessárias à convivência” (p. 252),

independentemente do método e atividades utilizadas, ou temas abordados.

Em suma, pretende-se, com a educação sexual, que o indivíduo portador de DM desenvolva a capacidade de realizar escolhas responsáveis e assertivas. A sexualidade deve ser transmitida como algo positivo, um bem e uma virtude do ser humano, sem, no entanto, a sobrevalorizar ou a menosprezar, sem causar inibições ou vergonha ou até mesmo falsos sentimentos de culpa.

8.2. Temas/Conteúdos e objetivos

De acordo com o Relatório Jacques Delors a função educativa vai muito além da transmissão de conhecimentos, apresentando os quatro pilares da educação que contemplam as aprendizagens fulcrais para o ser humano viver harmoniosamente em sociedade: “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a viver juntos” e “aprender a ser”, conforme consta no documento:

“Para poder dar resposta ao conjunto das suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: **aprender a conhecer**, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; **aprender a fazer**, para poder agir sobre o meio envolvente; **aprender a viver juntos**, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente **aprender a ser**, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta”. (DELORS, 1998:89-90)

De facto, e no que concerne a projetos de Educação Sexual para portadores de DM, a ênfase dada à transmissão de conhecimentos encontra-se em segundo plano. A transmissão de valores é indubitavelmente indissociável da educação sexual, apresentando-se como um elemento fundamental da mesma.

Aos jovens deficientes mentais deverá ser facultada uma educação sexual ajustada às suas características, necessidades e capacidades de compreensão, além da necessidade destes programas serem funcionais no seu quotidiano. Para que tal aconteça deverão ser criados e implementados programas de educação sexual sistemáticos e bem estruturados os quais valorizem não só a transmissão de conhecimentos relativos ao corpo humano, como também ao seu desenvolvimento e promovam comportamentos responsáveis e atitudes positivas e assertivas, para que os jovens possam tomar decisões de forma consciente e informada. A Educação Sexual poderá contribuir para a diminuição de comportamentos e atitudes socialmente reprováveis, prevenir uma gravidez indesejada ou a transmissão de uma infeção sexualmente transmissível, bem como diminuir situações de abuso e exploração sexual.

Apresentamos, de seguida, um conjunto de temas que, na nossa perspetiva, devem constar num programa de Educação Sexual para indivíduos portadores de DM. Não obstante, e devido às necessidades específicas do público-alvo, cada profissional de educação deverá adaptar e reajustar os conteúdos a abordar com cada aluno. Esperamos que desta forma, possamos dar um contributo positivo para colmatar uma lacuna identificada no nosso sistema educativo.

- **O corpo humano e funções do corpo**

O jovem deverá conhecer e identificar os órgãos sexuais femininos e masculinos, tanto os internos como os externos. Deverá ainda compreender as intensas transformações fisiológicas e emocionais próprias da fase da puberdade.

- **Conhecimento sobre reprodução humana**

O aluno deverá compreender o mecanismo da reprodução humana.

- **Diferentes formas de expressar a sexualidade**

O jovem deverá ser capaz de identificar diferentes sentimentos e definir os seus próprios sentimentos. Deverá ser capaz de distinguir formas corretas e inapropriadas de exprimir sentimentos.

- **Relações interpessoais**

O discente deverá perceber a importância dos diferentes grupos aos quais pertence, nomeadamente a família e os amigos. Deverá ser capaz de distinguir diferentes

tipos de relacionamentos, designadamente a família, a amizade, o namoro e o casamento. Deverá desenvolver a capacidade, socialmente correta, de se expressar e ouvir o outro.

- **Cuidados e higiene corporal**

O jovem deverá conhecer regras básicas de higiene pessoal e corporal e reconhecer a importância de cuidar do seu corpo. Dever-se-á promover a prática autónoma da higiene corporal e entender a higiene pessoal como uma regra fundamental de sociabilidade.

- **Saúde sexual e reprodutiva**

O aluno deverá conhecer os vários tipos de métodos contraceptivos, bem como as doenças sexualmente transmissíveis mais frequentes. Deverá igualmente desenvolver uma atitude preventiva e responsável face à contraceção e às doenças sexualmente transmissíveis.

- **Distingue o público do privado**

O discente deverá ser capaz de distinguir as partes do corpo íntimas (privadas) das públicas, assim como distinguir os locais públicos dos locais privados. Deverá ainda compreender o que é a intimidade e o que é o pudor.

- **Desenvolvimento da autoestima e do autoconceito**

O aluno deverá desenvolver sentimentos de aceitação, valorização pessoal, apreço e segurança. Deverá valorizar as suas qualidades/áreas fortes e aceitar a sua imagem corporal de forma positiva. Reforçar a autoestima, assim como a perceção que o indivíduo tem de si mesmo.

- **Desenvolvimento da assertividade**

O jovem deverá conhecer os seus direitos enquanto ser humano. Deverá desenvolver e melhorar a capacidade de exprimir sentimentos e pensamentos de forma apropriada e honesta em diferentes situações.

- **Prevenção de abusos sexuais**

O aluno deverá ser capaz de identificar comportamentos sexuais inadequados. Deverá conhecer as várias formas de abuso sexual e violência sexual, assim como adotar medidas assertivas em relação a situações de perigo e abuso sexual. Desenvolver estratégias de atuação face a aproximações abusivas e desenvolver competências para ser capaz de dizer “sim” ou “não” em diferentes situações e para solicitar auxílio e

procurar ajuda. Conhecer formas de adquirir apoio numa situação de abuso sexual. Promover o desenvolvimento de competências para fazer as escolhas corretas e para saber estabelecer limites. Compreender que tem direito de decidir sobre o seu corpo.

8.3. Metodologia a utilizar

Na opinião de Pan (2003:259), uma das regras de ouro é “tratar o portador de deficiência como tratamos os indivíduos de idade cronológica igual à sua”, tendo em consideração “as particularidades de seu funcionamento mental”. Segundo o mesmo autor, e na mesma obra, deverão ser tidas em conta as características evolutivas individuais pelas quais o indivíduo portador de DM atravessa, incluindo características no âmbito da sexualidade, pois a educação sexual deve ajustar-se a cada etapa evolutiva da criança ou jovem até se atingir a maturidade, apresentando quatro etapas fundamentais do ciclo vital:

- Infância (0-6 anos);
- Segunda Infância (7-11 anos);
- Puberdade (12-13 anos);
- Adolescência (14-18/20 anos).

O nosso projeto de educação sexual é direcionado para jovens nos períodos da puberdade e da adolescência, fases marcadas “por intensos processos conflituosos e persistentes esforços de auto-afirmação” (Vilelas, 2009:19), de enormes metamorfoses tanto a nível pessoal e emocional, como a nível familiar e social.

Para Vitiello, citado por Vilelas (2009:50-51), a metodologia a ser utilizada nos programas de Educação Sexual deve obedecer às seguintes características: ser “participativa”, “dialógica”, “baseada na realidade sócio-cultural”, “desenvolvida com criatividade” e “lúdica”.

Tendo em conta os défices linguísticos, cognitivos e sociais que influenciam todo o processo de aprendizagem dos jovens portadores de DM, a prática educativa deverá, de facto, ser variada, criativa e original, recorrendo-se à utilização de um método que apele à participação e envolvimento dos intervenientes. Consideramos que a melhor metodologia a utilizar com estes jovens será aquela que promova a sua participação ativa em todo o processo de ensino/aprendizagem, fomentando a sua atenção, concentração e motivação. Na opinião de Frade et al. (1999:21) a “metodologia de ensino/aprendizagem de carácter participativo centrada nos interesses dos alunos em todas as atividades de

Educação Sexual” expressa-se na utilização de uma vasta panóplia de técnicas que perspetivam o alcance de resultados positivos. Assim, com o nosso público-alvo, dever-se-á trabalhar em pequenos grupos, incrementando a capacidade de interação com o outro, e utilizar o recurso a técnicas como:

- dramatizações ou role-playing;
- brainstorming ou tempestade de ideias;
- jogos de clarificação de valores;
- produção de cartazes;
- exploração de vídeos e outros meios audiovisuais;
- a dança e a música;
- caixa de perguntas;
- etc.

Dever-se-á igualmente utilizar o recurso a materiais manipuláveis, tais como:

- recortes;
- pinturas;
- construção de puzzles;
- observação de imagens;
- identificação de semelhanças e diferenças em imagens;
- etc.

Uma vez que a estes alunos, por norma, é implementado um CEI, poder-se-á criar uma nova área curricular, a qual, na nossa opinião, deverá ser lecionada e planificada pelo docente de Educação Especial, por ser o agente educativo que exerce uma maior proximidade do aluno e por ser detentor de uma formação especializada que facilitará a interação com jovens portadores de DM. A programação do projeto de Educação Sexual deverá ser articulada com o Diretor de Turma do jovem e apresentada em reunião de Conselho de Turma para que a sua implementação seja da responsabilidade de todos os intervenientes no processo educativo, pois neste tipo de projetos é importante o trabalho em equipa. Assim, a interdisciplinaridade e o envolvimento de todos os docentes poderá garantir uma melhor uniformização, sobretudo no que diz respeito à transmissão de valores e na valorização de atitudes e comportamentos. Os serviços de saúde locais, bem como o Serviço de Psicologia e Orientação da escola, podem, e devem, ser envolvidos neste processo sempre que se considere pertinente uma intervenção mais específica. Toda a informação sobre a aplicação de um plano de Educação Sexual deverá fazer parte integrante do PEI do aluno e carecer da anuência do encarregado de

educação. O número de sessões a desenvolver por ano letivo não deve ser inferior a cinco tempos, nem superior a dez. Todavia, a gestão do tempo de aplicação do projeto dependerá das necessidades e especificidades de cada jovem.

Conclusão

Com base na revisão bibliográfica efetuada, suporte teórico deste trabalho, concluímos que, para melhor conhecermos e percebermos uma realidade atual, devemos procurar respostas na história da humanidade, pois o processo evolutivo de comportamentos e atitudes das sociedades revelam-se deveras importante na definição e redefinição de conceitos. Assim, a revisão da literatura permitiu-nos clarificar conceitos como “Deficiência Mental” e “Sexualidade”, relevantes para o presente estudo.

No que concerne à DM, após um longo período de segregação, abandono e repúdio, passou-se à fase da institucionalização e à preocupação única e exclusiva com os cuidados básicos de higiene e subsistência, até chegarmos aos tempos contemporâneos em que a inclusão é a palavra de ordem. Os princípios da escola inclusiva preconizam a equidade educativa e o acesso e sucesso educativo de todos os alunos, incluindo alunos portadores de DM. Contudo, e para que estes ideais se concretizem, urge uma mudança de mentalidade e maior investimento na formação inicial e pessoal de todos os profissionais da educação.

A realização do presente trabalho permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre a problemática da DM e a forma de vivenciar a sua sexualidade. Abordar a temática da sexualidade não é fácil, pois nem todos os seres humanos a percebem ou vivenciam da mesma maneira. Associá-la à DM é muito mais difícil, visto estarmos a entrar num duplo tabu: DM e SEXO. A sexualidade de indivíduos portadores de DM continua a ser um domínio pouco conhecido, envolto em preconceitos, mitos e tabus, causadora de conflitos para a família, para professores e técnicos especializados, para a sociedade e, essencialmente, para o próprio indivíduo.

O presente trabalho permitiu conhecer melhor os obstáculos encontrados pelas pessoas portadoras de DM na sua integração social, os quais se agravam se nos reportarmos à vivência da sua sexualidade. Percebemos que na vivência familiar, social e escolar o estigma e os tabus em relação à sexualidade na DM, mantêm-se inalterados e generalizados, nem que seja ao nível das representações mentais, pois estes seres são vistos como eternas crianças, assexuadas e puras.

Em Portugal a abordagem da educação sexual tem sido caracterizada por avanços e recuos normativos, sendo apenas a partir dos anos oitenta, com o emergir da SIDA, que a preocupação em facultar uma educação sexual e promoção da saúde sexual e

reprodutiva aos jovens eclodiu. Contudo, essa dimensão da educação continua a ser preterida em todo o espaço nacional. Na RAM, há aproximadamente uma década, foi implementado um projeto pioneiro no país, comumente designado de ESA. No restante espaço nacional a discussão sobre o tema tem sido uma constante mas denota-se uma grande dificuldade em colocar em prática um programa que aborde questões fundamentais que permita o desenvolvimento holístico de todas as crianças e jovens em idade escolar.

Os programas de Educação Sexual para jovens com DM devem seguir as orientações dos programas para os alunos ditos “normais” e abordar as mesmas temáticas. No entanto, o docente deve ter em conta as especificidades deste público tão especial, utilizando uma metodologia adequada, onde conceitos como individualização, personalização e adequação devem marcar presença, motivo pelo qual consideramos que o docente de Educação Especial e/ou outros técnicos especializados apresentam-se numa posição privilegiada para implementarem este tipo de projeto, pois conhecem melhor as limitações, necessidades, capacidades e comportamentos do deficiente mental.

O presente trabalho permitiu-nos, em termos pessoais, o enriquecimento de conhecimentos sobre o deficiente mental, abrindo horizontes, tornando-nos mais sensíveis, tolerantes e respeitadores desta população, como seres humanos completos, dignos e importantes.

Cabe-nos a nós, enquanto especialistas em Educação Especial, transmitir os nossos conhecimentos e sensibilidade a toda a comunidade educativa para que, finalmente, se respeite a diferença e se abrace a inclusão como prática basilar nas nossas escolas.

Bibliografia

- AAMR (1993). *Escala de Comportamento Adaptativo*. E. U. A.
- APF, (2005), *Programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de Deficiência Mental*, Lisboa, APF.
- Associação Nova Projeto. (2010). *Diferença entre deficiência intelectual e doença mental – Associação Nova Projeto*. In <http://novaprojeto.blog.terra.com.br/2010/03/26/qual-a-diferenca-entre-pessoas-com-deficiencia-intelectual-e-pessoas-com-doenca-mental-associacao-nova-projeto/> (Consultado em 24-08-2012, às 22:14).
- Ballone, G. J. (s/data). *Sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental*. In www.psiqweb.med.br. (Consultado em 18-08-2012, às 10:40).
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bautista, R. (coord.). (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Almada: Dinalivro
- Bezerra, A., Macário, R. (2011). *Educação Sexual na Escola – Manual para Professores e Educadores, 2º Ciclo do Ensino Básico*. Porto: Editora Educação Nacional, Lda.
- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Caires, M. (2007). *Sexualidade e Afetos*. In http://www.saudinha.com/parcerias/revista_imprensa/diario_noticias/2007/dn_2007_02_19_01_k.htm (consultado em 4-10-2012, às 15:13)
- Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem*. Universidade Aberta, Lisboa.
- Cobb, H. V. & Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre Deficiência e Doença Mental*. Lisboa: 2005. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Folhetos snr n.º54.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L.M. (org.). (2003). *Educação Especial e Inclusão – Quem Disser Que Uma Sobrevive Sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *A Escola Contemporânea e a Inclusão de Alunos com NEE: Considerações para uma educação de sucesso*. Porto: Porto Editora.
- Delors, J. (org.). (1998). *Educação: Um Tesouro a Descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI*. São Paulo: Cortez Editora.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Associação Americana de Psiquiatria. 4.ª Edição. Climepsi.
- Federação Internacional para o Planeamento da Família (IPPF), *Carta dos Direitos Sexuais e reprodutivos*. In Associação para o Planeamento da família (APF).

<http://www.apf.pt/?area=004&mid=001> (Consultado em 10 de Setembro de 2012, às 12:27)

- Félix, I. (1995). Evolução da sexualidade ao longo da Infância e da Adolescência. In I. Félix & A. Marques (Orgs.). (1995) *E nós...Somos Diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF. (pp.29-52).
- Foddy, W. (1996). *Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras. Celta.
- Fontes, C. (s/data). *Educação Inclusiva: Algumas questões prévias*. In <http://educar.no.sapo.pt/Exclusao.htm> (30 de Setembro 2012, às 13:50)
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C., Vilar, D. (1999). *Educação sexual na escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Gennep, A. (1996). A Evolução dos Pontos de Vista Sobre a Deficiência Mental e os Apoios a Pessoas com Deficiência Mental. In Vieira, F. e Pereira, M. (coord.). (2010). *“Se Houvera Quem me Ensina...” A Educação de Pessoas com Deficiência Mental*. Textos de Educação. 4ª edição. (177-200).
- Gomes, A. M. (1995). Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes. In Félix, I. & Marques, A. (Orgs.). (1995). *E nós...somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na deficiência mental*. Lisboa: APF. (pp. 11-28).
- Gouveia, Rosa (2008, Janeiro, Fevereiro e março). A deficiência profunda – perspetiva da pediatria do neuro desenvolvimento. REVISTA DIVERSIDADES, n.º31. Funchal: O Liberal.
- GTES (2005). Relatório Preliminar.
- GTES (2007a). *Relatório Progresso*. Lisboa.
- GTES (2007b). *Relatório Final*. Lisboa.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. Lisboa: Editora Principia.
- Hegarty, S. (s/data). O apoio centrado na escolar: novas oportunidades e novos desafios. In D. Rodrigues (org.) (2001). *Educação e diferença – valores e práticas para uma educação inclusive*. Porto: Porto Editora. (pp. 79-91).
- IPPF (2008). *Sexual Rights: an IPPF Declaration*. Londres: International Planned Parenthood Federation.
- Jiménez, R. B. (1997). Uma escolar para todos: a integração escolar. In R. Bautista (coord.). (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Almada: Dinalivro (pp. 21-35).
- Lieberman, L.M. (1999). Para Preservar a Educação Especial... Para Aqueles Que dela Necessitam. In Correia, L.M. (org.). (2003). *Educação Especial e Inclusão – Quem Disser Que Uma Sobrevive Sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo*. Porto. Porto Editora.

- Lima, M. P. & Vieira, C. M. C. (1997). *Metodologia de Investigação Científica*, (5ª ed.). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. (caderno de textos não publicado).
- Maia, A. C. B. & Aranha, M. S. F. (2005). Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar. *INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA*, 9, 1-12.
- Manzini, E. J. (s/d). *Entrevista semi-estruturada: Análise de Objetivos e de Roteiros*. In <http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>, consultado em 6-10-2012, às 22:37)
- Marques, A. (1995) Princípios e prática da educação sexual. In I. Félix e A. Marques (Orgs.). (1995). *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa: APF. (pp. 89-100).
- Marques, A. & Forreta, A. F. (2009). Educação Sexual: Conceitos, Objectivos e Estratégias. In A. Marques (Org.). (2009). *Ser Mais. Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos Portadores de Deficiência Mental*. Lisboa: APF. (pp.45-48).
- Ministério da Educação. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar, Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da educação.
- Moraes, S. C. (2006). *As Representações dos Professores sobre a Sexualidade dos alunos com Síndrome de Down*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Educação, da Universidade de Passo Fundo, Santa Catarina, Brasil.
- NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. (1978). (Adotada e proclamada a 10 de Dezembro de 1948).
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um Guia Para Professores*. Porto: Porto Editora.
- OMS. (1980). *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. (Tradução Portuguesa do Secretariado Nacional de Reabilitação, Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. (1989). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.).
- OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*.
- OMS. (2009). *Sexual Health*.
- Pacheco, D.B. e Valencia, R.P. (1997). A Deficiência Mental. In Bautista, R. (coord.). (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa. Dinalivro. (2009-223).
- Pan, J. R. A. (2003). *Afetividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental*. São Paulo: Edições Loyola.
- Pereira, F. (s/data). *Uma breve introdução à história da deficiência mental*. Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM). In <http://efaceec.pt/appacdm/SinalMais/a.htm> (Consultado em 08-09-2012, às 20:45)

- Pinheiro, S. N. S. (2004). *Sexualidade e Deficiência Mental: Revisando pesquisas*. Psicologia Escolar Educacional, Dez. 2004, vol.8. n.º2. pp.199-206.
- Pinho, J., Menezes, M. J., Cardoso, M. (2011). Educação sexual da pessoa com deficiência mental: Uma revisão bibliográfica. REVISTA CONTEMPORÂNEA. 11, 202-214 Janeiro/Julho.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rodrigues, D. (org.). (2001). *Educação e Diferença – Valores e Práticas para uma Educação Inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora
- SREC (2011). *Educação para a sexualidade e afetos*. In <http://www.madeira-edu.pt/tabid/2381/language/pt-PT/Default.aspx> (consultado em 2-09- 2012, às 10:25)
- Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNESCO. (1990). *Conferência Mundial sobre Educação para Todos*.
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção: Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca: Unesco.
- UNESCO (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education – An Evidence-informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*.
- UNICEF (1959). *Declaração Universal dos Direitos da Criança*.
- Vieira, F. & Pereira, M. (coords). (2010). “*Se houvera Quem me Ensinara...*” – A Educação de Pessoas com Deficiência Mental. Textos de Educação. 4ª edição
- Vilelas, J. M. S. (2009). *A influência da Família e da Escola na Sexualidade do Adolescente*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.
- Warnock, H.M. (coord.). (1978). *Special Education Needs Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. Londres: Her Majesty's Office.
- Warwick, C. (s/data). O apoio às escolas inclusivas. In D.Rodrigues (org.) (2001). *Educação e diferença – valores e práticas para uma educação inclusive*. Porto: Porto Editora. Pp. 109-122.
- Yin, R. K. (2005). (editor). *Introducing the world of education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- _____ (1995). A criança diferente/“deficiente” – Que entendemos por aluno diferente/deficiente?. REVISTA EDUCAÇÃO, 10, 60.

(s/data). A deficiência - Deficiência Mental. In <http://deficiencia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1021484657> (consultado em 18-08-2012, pelas 19:40)

Enquadramento Normativo:

Decreto-Lei n.º 35.801, de 3 de Agosto

Decreto-Lei n.º 43752, de 24 de Junho de 1961

Decreto-Lei n.º 3/87, de 3 de Janeiro

Decreto-Lei 35/90, de 25 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de Maio

Decreto-Lei n.º 84/78, de 2 de Maio

Decreto Legislativo Regional 33/2009/M, de 31 de Dezembro

Decreto Regulamentar n.º 14/81, de 7 de maio

Lei n.º 45/73, de 12 de fevereiro de 1973

Lei n.º 66/79, de 4 de outubro

Lei n.º 3/84, de 24 de março de 1984

Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (LBSE)

Lei n.º 9/89, de 2 de maio

Lei n.º 120/99, de 28 de julho de 1999

Lei n.º 60/2009, de 4 de julho

Constituição da República Portuguesa, 1976

Conselho de Ministros n.º 135/2002, de 20 de novembro (Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Educativas Especiais na Sociedade de Informação).

Despacho Conjunto n.º 36/SEAM/SERE/88, de 17 de agosto

Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril

Projeto de Lei n.º 660/X, de 10 de fevereiro de 2009

Public Law 94/142, 1975

Education Act, 1944

Web grafia

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Cani%C3%A7al> (consultado em 9-10-2012 às 22:24)

<http://www.madeirarural.com/pt/freguesia-canical/> (consultado em 9-10-2012 às 22:40)

http://www02.madeira-edu.pt/Main/Apresentacoes_Publicas.aspx (consultado em 2-09-2012, às 10:35)

APÊNDICES

Apêndice A

Ex.^a Senhora Presidente
do Conselho Executivo da
Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de uma entrevista a três alunos com Necessidades Educativas Especiais da escola.

Eu, Maria Floripes Pereira, docente do Quadro de Nomeação Definitiva na Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Estreito, grupo 330, destacada no grupo 700, a desempenhar funções na Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal, venho por este meio solicitar autorização a V. Ex.^a para solicitar a realização de entrevistas (anónimas) aos três alunos selecionados desta escola.

Sendo aluna da Escola Superior de Educação João de Deus, inscrita no **mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor**, encontro-me a realizar um trabalho de investigação, sob a orientação do Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva.

Estas entrevistas têm como objetivo o estudo sobre os *conhecimentos e as necessidades de indivíduos com deficiência mental no que concerne à vivência da sua sexualidade*.

Com os melhores cumprimentos,

Caniçal, 04 de Março de 2013

A docente

(Maria Floripes Pereira)

Apêndice B

Ex.º (ª) Sr. (ª) Encarregada de Educação

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de uma entrevista o (à) seu (sua) educando (a).

Eu, Maria Floripes Pereira, docente do Quadro de Nomeação Definitiva na Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Estreito, grupo 330, destacada no grupo 700, a desempenhar funções na Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal, venho por este meio solicitar autorização a V. Ex.ª para que seja realizada uma entrevista, **anónima**, ao (à) seu (sua) educando (a) e que a mesma seja gravada.

Sendo aluna da Escola Superior de Educação João de Deus, inscrita no **Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor**, encontro-me a realizar um trabalho de investigação, sob a orientação do Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva.

Estas entrevistas têm como objetivo o estudo sobre os *conhecimentos e as necessidades de indivíduos com deficiência mental no que concerne à vivência da sua sexualidade*.

Com os melhores cumprimentos,

Caniçal, 04 de Março de 2013

A docente

(Maria Floripes Pereira)

.....
(Recortar e devolver ao Docente / Técnico de Educação Especial)

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação do
aluno _____, turma____, n.º____, autorizo que o(a)
meu(minha) educando(a) realize a entrevista acima referida.

Caniçal, ____ de _____ de _____

O/A Encarregado(a) de Educação

Apêndice C

Entrevista n.º _____ Data ____ / ____ / ____

Sexo: Feminino _____ Masculino _____ Idade: _____ Ano de escolaridade: _____

Os dados recolhidos contribuirão para a realização de um estudo de investigação acerca do tema “A Sexualidade na Deficiência Mental: Mitos e Tabus” sob a forma de **anonimato**.

Parte I – Sentimentos, emoções e afetividade

- 1- O que é a amizade?
- 2- Como é que mostras que gostas dos teus pais?

Parte II – Sentimentos em relação ao namoro

- 3- Tens ou já tiveste namorado (a)?
- 4- O que é namorar?

Parte III – Sentimentos em relação ao casamento e maternidade / paternidade

- 5- Gostavas de casar?
- 6- Gostavas de ter filhos?

Parte IV – Conhecimentos sobre o funcionamento do corpo e reprodução.

- 7- Sabes o que é a menstruação (período)?
- 8- Sabes o que é o óvulo e o esperma?
- 9- Sabes como se faz um bebé?

Parte V – Atitudes e valores em relação a relacionamentos sexuais.

- 10- Com que idade podes ter relações sexuais?
- 11- O que é ter relações sexuais?

Parte VI – Conhecimentos sobre métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

- 12- Para que serve a pílula?
- 13- Para que serve o preservativo?
- 14- Sabes o que é a Sida?

Parte VII – Percepção sobre autonomia pessoal.

15- Escolhes as tuas roupas sozinho (a)?

16- Tomas banho sozinho (a)?

Parte VIII – Percepção sobre o abuso sexual

17- Deixas que alguém mexa no teu corpo?

18- O que farias se alguém tentasse ter relações sexuais contigo?

Parte IX – Educação Sexual Informal

19- Quem já te deu informações sobre a sexualidade?

20- A tua família, professores ou amigos falam-te sobre o tema “Sexualidade”?

Parte X – Educação Sexual Formal

21- O que aprendes nas aulas de ESA? (Educação para a Sexualidade e Afetos)?

22- Tens alguma dúvida sobre sexualidade?

Apêndice D

A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL: MITOS E TABUS

Esta entrevista destina-se à realização de uma investigação no âmbito do Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação João de Deus. A entrevista insere-se num estudo sobre: Os conhecimentos e as necessidades de indivíduos com deficiência mental no que concerne à vivência da sua sexualidade.

A entrevista será **anónima**, garantindo-se a sua **total confidencialidade**.

Para que a possamos levar a bom termo, a sua colaboração é fundamental, pelo que agradecemos antecipadamente o seu contributo na realização deste estudo.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

| | |
|--------------------------------------|--|
| Entrevista nº _____ | Data: ____/____/____ |
| Sexo: Feminino _____ Masculino _____ | Idade: _____ Naturalidade: _____ |
| Estado civil: _____ | Habilitações literárias: _____ |
| Profissão: _____ | Nº filhos _____ Nº filhos com deficiência: _____ |

Parte I – Sentimentos, emoções e afetividade

- 1- A/O sua/seu filha(o) costuma demonstrar-lhe afeto? De que forma?
- 2- Acha que a/o sua/seu filha(o) é capaz de estabelecer uma relação afetiva estável com um jovem do sexo oposto? Porquê?

Parte II – Sentimentos em relação ao namoro e casamento

- 3- A/O sua/seu filha(o) já teve ou tem namorado (a)?
- 4- Aceitaria que a/o sua/seu filha/o casasse? Porquê?

Parte III – Sentimentos em relação à maternidade/paternidade

- 5- Gostava que a/o sua/seu filha/o tivesse filhos? Porquê?
- 6- Considera que a/o sua/seu filha/o tem competências para cuidar de um bebé/criança? Porquê?

Parte IV – Atitude perante a transmissão de conhecimentos sobre sexualidade

- 7- Sente-se preparada/o para falar sobre sexualidade à/ao sua/seu filha(o)?
- 8- Preocupa-se em falar sobre o tema da sexualidade com a/o sua/seu filha(o)?
- 9- Acha que deve melhorar a informação que possui acerca dos diferentes aspetos da sexualidade?
- 10- Acha que a/o sua/seu filha(o) compreende as informações que lhe transmite sobre sexualidade?

Parte V – Funcionamento do corpo e reprodução

- 11- Alguma vez transmitiu informações acerca do funcionamento do corpo, nomeadamente o que é a menstruação, o óvulo ou o espermatozóide à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta.
- 12- Já transmitiu informações sobre o aparelho reprodutor feminino e/ou masculino à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta.
- 13- Alguma vez transmitiu informações à/ao sua/seu filha/o acerca da reprodução humana? Comente a sua resposta.

Parte VI – Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis

- 14- Já transmitiu informações sobre os métodos contraceptivos à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta.
- 15- Alguma vez transmitiu informações sobre doenças sexualmente transmissíveis à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta.

Parte VII – Educação Sexual formal

- 16- Na sua opinião, quem deve transmitir informações sobre educação sexual à/ao sua/seu filha(o)?
- 17- Considera que o docente de educação especial desempenha um papel importante na transmissão de informação de carácter sexual à/ao sua/seu filha/o? Porquê?

Parte VIII – Educação Sexual informal

- 18- Compete aos pais a transmissão de conhecimentos sobre educação sexual? Comente a sua resposta.
- 19- Considera que a educação sexual informal (pais, meios de comunicação social, pares,...) desempenha o papel mais importante na transmissão de conhecimentos de índole sexual à/ao sua/seu filha/o? Comente a sua resposta.

Parte IX – Percepção sobre o abuso sexual

- 20- Considera a/o sua/seu filha(o) mais vulnerável a ser vítima de abuso sexual do que as outras jovens?
- 21- Considera que a/o sua/seu filha(o) tem capacidade para se defender, caso necessite?

Apêndice E

A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL: MITOS E TABUS

Esta entrevista destina-se à realização de uma investigação no âmbito do mestrado em Educação Especial: domínio cognitivo e motor, na Escola Superior de Educação João de Deus. A entrevista insere-se num estudo sobre: Os conhecimentos, os sentimentos e as necessidades de indivíduos com deficiência mental no que concerne à vivência da sua sexualidade.

A entrevista será anónima, garantindo-se a sua total confidencialidade.

Para que a possamos levar a bom termo, a sua colaboração é fundamental, pelo que agradecemos antecipadamente o seu contributo na realização deste estudo.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DOCENTES DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Entrevista nº _____

Data: ____/____/____

Sexo: Feminino _____ Masculino _____

Idade: _____

Parte I – Situação Profissional

- 1- Há quanto tempo leciona na escola Básica dos 2º e 3º Ciclos do Caniçal?
- 2- Há quanto tempo acompanha, enquanto docente de Educação Especial, crianças/jovens portadores de DM?

Parte II – Atitude perante a transmissão de conhecimentos sobre sexualidade a jovens com DM

- 3- Considera importante os jovens portadores de DM serem devidamente informados sobre educação sexual?
- 4- Reconhece a sexualidade como uma dimensão importante na vida dos jovens com DM? Porquê?
- 5- Preocupa-se em abordar a temática da sexualidade com os jovens com DM?
- 6- Sente-se preparada(o) para falar sobre sexualidade com estes jovens?

Parte III – Relacionamentos afetivos e sexuais

- 7- Sente dificuldade em abordar o tema da afetividade e sexualidade com jovens portadores de DM? Porquê?

- 8- Acha que os jovens com DM são capazes de estabelecer uma relação afetiva estável? Porquê?
- 9- Acha que os jovens com DM são capazes de estabelecer uma relação sexual estável? Comente a sua resposta.

Parte IV – Casamento e maternidade/paternidade

- 10- Considera aceitável um(a) jovem com DM casar?
- 11- Considera que um(a) jovem com DM tem competências para ter e criar filhos?

Parte V – Funcionamento do corpo e reprodução

- 12- Alguma vez transmitiu informações acerca do funcionamento do corpo, nomeadamente o que é a menstruação, o óvulo ou o espermatozóide, a alunos com DM? Comente a sua resposta.
- 13- Já transmitiu informações sobre o aparelho reprodutor feminino e/ou masculino a alunos com DM? Comente a sua resposta.
- 14- Alguma vez transmitiu informações a estes alunos acerca da reprodução humana? Comente a sua resposta.

Parte VI – Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis

- 15- Já transmitiu informações sobre os métodos contraceptivos a alunos com DM? Comente a sua resposta.
- 16- Alguma vez transmitiu informações sobre doenças sexualmente transmissíveis a estes alunos? Comente a sua resposta.

Parte VII – Educação Sexual formal

- 17- Considera importante a existência de um programa de educação sexual para alunos com NEE, mais concretamente para alunos com DM? Porquê?
- 18- Na sua opinião, quem deverá implementar a educação sexual aos alunos com DM, em contexto escolar?
- 19- Considera que o docente de educação especial desempenha um papel importante na transmissão de informação de carácter sexual a alunos com DM? Porquê?
- 20- Considera ter conhecimentos científicos apropriados para desenvolver sessões de educação sexual com alunos com DM?

Parte VIII – Educação Sexual informal

- 21- Compete aos pais a transmissão de conhecimentos sobre educação sexual? Comente a sua resposta.

- 22- Considera que a educação sexual informal (pais, meios de comunicação social, pares,...) desempenha o papel mais importante na transmissão de conhecimentos de índole sexual a alunos com DM? Comente a sua resposta.

Parte IX – Abuso sexual

- 23- Considera que os jovens com DM estão mais sujeitos a serem vítimas de abuso sexual? Comente a sua resposta.
- 24- Estes jovens, por serem portadores de DM, estão mais sujeitos à opinião dos outros, bem como à pressão social, no que diz respeito à sua sexualidade? Comente a sua resposta.

Parte X – Níveis de DM

- 25- A que grau ou nível de DM (ligeira, moderada, severa ou profunda) se reportou durante esta entrevista?

